FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1965

THÈSE

N° 204

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Yves GRANGE

né le 16 février 1933 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

UN SERVICE PARISIEN DE MEDECINE GENERAL EN 1836

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FONCTION HOSPITALIERE

Président : Monsieur H. PEQUIGNOT, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534917_0047

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1965 # THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Yves GRANGE

né le 16 février 1933 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

UN SERVICE PARISIEN DE MEDECINE GENERAL EN 1836

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FONCTION HOSPITALIERE

Président : Monsieur H. PEQUIGNOT, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Broussais	LENÈGRE (J.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Laribolsière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) SOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bacteriologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (C.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMDIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon grand'père, le Docteur ALBERT RENDU
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

A mes parents,

A ma femme,

Aux Docteurs Jean-Louis PORTOS, François PERRIER, Costa KYRIACO

A mes amis.

A notre Maître le Professeur Henri PEQUIGNOT

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail, en a guidé
la réalisation et nous a toujours honoré
de sa bienveillance.

A la mémoire du Docteur Michel MAGDELAINE

Maître de Conférences Agrégé
Médecin des Hôpitaux de Paris

dont les travaux sur les techniques d'étude de la fonction hospitalière ont permis la réalisation de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Henri BENARD

Commandeur de la Légion d'Honneur
Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Institut
Secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine.

A Monsieur le Professeur Louis JUSTIN-BESANCON

Commandeur de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôpital Broussais
Professeur de Clinique Médicale Propedeutique
Membre de l'Académie de Médecine.

Au Docteur Jean-Pierre ETIENNE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux.

Au Docteur Georges ROSCH

Directeur adjoint du C.R.E.D.O.C.

A Monsieur CANDILLE

Conservateur des Archives de l'Assistance Publique
à Paris.

I N T R O D U C T I O N

I - ETUDE COMPARATIVE DE DEUX POPULATIONS HOSPITALIERES A I30 ANS D'INTERVALLE

En I837, J. BOUILLAUD publiait une "exposition statistique des diverses maladies traitées à la Clinique de l'Hôpital de la Charité" à Paris, et en définissait ainsi dans sa préface le but et les limites :

" J'ai rapporté dans tous leurs détails les observations recueillies pendant notre dernier cours de clinique sur les maladies aiguës les plus communes ... d'avril I836 au mois de novembre suivant", et plus loin : "Les observations ont été recueillies jour par jour, sous ma dictée au moment même de la visite". Il s'agit donc d'un recueil d'observations cliniques. En publiant ces observations , BOUILLAUD défendait surtout âprement, avec parfois une passion toute romantique, ce qui devait être, on le sait, son idée fixe sa vie durant : la formule thérapeutique des saignées coup sur coup. Il semble bien qu'à cette époque la saignée systématique (et abondante !) perdait de ses partisans.

Quoiqu'il en soit , ce n'est pas cet aspect de l'ouvrage qui nous retiendra, comme on l'imagine, mais plutôt le contenu médico-social des 306 observations.

En effet, il nous a paru possible et intéressant, à I32 ans d'intervalle de comparer les clientèles de deux services parisiens de médecine générale en rapprochant l'analyse statistique de BOUILLAUD et l'analyse de consommation hospitalière effectuée en I959 par le Docteur M. MAGDELAINE sous la direction

P L A N

INTRODUCTION

1 - Etude comparative de deux populations hospitalières à 130 ans d'intervalle

2 - Plan du livre de Bouillaud

3 - Limites de notre étude.

EXPLOITATION DES RESULTATS

1 - Résultats généraux

a - Age et sexe des malades

b - durée de séjour

c - durée de séjour par âge et par sexe

d - réhospitalisations successives

2 - Renseignements administratifs

a - circonstances d'admission

b - adresse des malades

c - mode de sortie

3 - Renseignements sociologiques

a - situation familiale

b - province d'origine

c - durée de séjour à Paris au jour de l'hospitalisation

d - situation professionnelle et métier exercé

4 - Données médicales proprement dites

a - limites de leur interprétation

b - les poly-diagnostics

c - la pathologie rencontrée

d - la mortalité hospitalière

CONCLUSIONS

de notre Maître le Professeur H. PEQUIGNOT dans les Services des Professeurs H. BENARD et L. JUSTIN-BESANCON avec l'aide du Bureau d'Etudes de l'Assistance Publique.

Certes , notre échantillon est petit, dix fois moins important . Aussi notre étude se bornera-t-elle à évoquer dans la mesure du possible l'image de la population hospitalière de cette première moitié du XIXe siècle et à la comparer à celle d'aujourd'hui ; l'ensemble des observations de BOUILLAUD nous fournit en effet une bonne part des éléments d'information utilisés par le Docteur MAGDELAINE.

En tête de chaque observation, l'auteur note constamment :

Le nom (dut le secret professionnel en souffrir !), le sexe, l'âge, la profession, l'adresse et l'origine du malade, la durée de la maladie avant l'hospitalisation, les dates d'entrée et de sortie, le diagnostic , éventuellement enfin les complications et les diagnostics associés ainsi que le mode de sortie.

Au coeur même de l'observation nous trouvons plus ou moins régulièrement notés : les antécédents du malade, sa durée d'installation à Paris au jour de l'hospitalisation et sa situation immunologique à l'égard de la variole.

II - PLAN DU LIVRE DE BOUILLAUD

Le livre est divisé en deux grandes parties dont la seconde ne nous retiendra guère puisque c'est elle qui constitue l'essentiel de l'ouvrage proprement polémique et doctrinal. Nous ne retiendrons ici que la première, où nous trouverons les 306 observations, dont nous nous proposons d'analyser le contenu médico-social.

On devine que nous n'avons pas tardé à rencontrer un problème de classement nosologique. On rencontre par exemple I5 observations de "névroses des nerfs du sentiment et du mouvement" que BOUILLAUD classe dans la rubrique des "névroses du système cérébro-spinal" et qui groupent 6 affections saturnines, 2 douleurs

intercostales, 3 céphalées, 2 sciatiques, 1 paralysie faciale et une gastralgie de type ulcéreux ! Il nous a fallu extraire du cadre des "phlegmasies" de BOUILLAUD ce qui était inflammatoire ou infectieux de ce qui ne l'était pas nécessairement à la lecture de l'observation, démêler l'écheveau confus de ces "maladies qui consistent en une simple augmentation ou une simple diminution de la nutrition, de la sécrétion et de l'absorption", en un mot nous nous sommes efforcés, guidés en cela par notre maître le Professeur H. PEQUIGNOT de replacer chaque observation dans une nosologie actuelle afin de ne comparer entre eux que des éléments comparables. De fait, ceci a été plus souvent possible qu'on pouvait le craindre, la sémiologie clinique et anatomo-clinique étant correcte.

Il était à cette époque normal de ranger sous le nom de "névroses" tout ce qui ressortissait aussi bien du mental que du neurologique, il n'est donc pas étonnant d'y voir figurer les affections saturnines, les symptômes fonctionnels aussi bien que l'épilepsie ou les troubles mentaux caractérisés. Pour le reste BOUILLAUD ne cachait pas ses doutes et ses hésitations et ne sachant qu faire des fièvres intermittentes se décidait enfin à les considérer comme des névroses, réclamant ainsi l'indulgence du lecteur : Tome III, page 202 :

> " En plaçant parmi les névroses les fièvres intermittentes je ne
> " prétends pas avoir fait une classification à l'abri de toute ob-
> " jection. Je suis très disposé à l'abandonner aussitôt qu'on m'en
> " aura démontré le vice. Mais quant à présent je n'ai pu leur trouver
> " une place plus convenable, et c'est là mon excuse".

Quoi qu'il en soit, nous exposons ici le plan général adopté par l'auteur, quand ce ne serait que pour servir d'élément de référence à la classification internationale dans laquelle à partir de ce plan nous nous sommes efforcés de faire entrer la pathologie rencontrée. (tableau 1)

III - LIMITES DE NOTRE ETUDE

Nous adopterons pour l'exposé des résultats le plan du Docteur MAGDELAINE chaque fois que la comparaison sera possible : l'âge, le sexe des malades et leur durée de séjour, leur adresse, leur profession, leur mode de

Classe			
Phlegmasies	Aiguës ou Subaiguës	I - Entéro mésentérites typhoïdes proprement dites. Entéro mésentérites sans signes typhoïdes nets.	50
		Embarras gastriques fébriles ou non Colites Entéro-colites	21
		II - Angines	3
		Stomatites	1
		III- Péritonites	2
		IV - Erysipèles	7
		V - Rougeoles	2
		VI - Varioles ou variolofdes	5
		VII- Pleuro-pneumonies	27
		VIII-Pleurésies	21
		IX - Bronchites	11
		X - Endocardites	3
		XI - Méningites	1
		XII- Métrites puerpérales	1
		XIII- Rhumatisme articulaire aigu	13
		XIV- Orchite	1
	Total	.....	183
	Chroniques	Péritonites	3
		Bronchites	6
		Tuberculisation pulmonaire	13
		Endocardite ou péricardite	20
		Rhumatisme articulaire	2
		Affections génitales vénériennes ou non	10
		Néphropathies	3
	Total	.....	57
Total		.....	240
Névroses ou lésions dynamiques du système nerv.	Névroses du système cérébro-spinal.	Névroses des nerfs du sentiment et du mouvement	15
		Névroses des centres nerveux : - hystérie	1
		- chorée et catalepsie	1
		- épilepsie	3
	Névroses du système nerveux ganglionnaire ou de la vie organique	Fièvres intermittentes	18
Total		.....	38
Maladies nutritionnelles		Hypertrophie du coeur	2
		Anasarque	2
		Diabète sucré	1
Total		.....	5
Hémorragies		Hémorragies cérébrales ou simple congestion cérébrale	2
		Hémoptysies	2
		Hématémèses	1
		Métrorragie	1
Total		.....	6
Maladie du sang		Chlorose, anémie et hydrémie	16
		Asphyxie par immersion	1
Total		.....	17
Supplément: cas dont le diagnostic		Affections neurologiques	2
n'a pas été fait		Ictères	2
		Aménorrhées	2
		Incontinence d'urine	1
Cas de sujets hospitalisés sans affection véritable			6
Total		.....	13
TOTAL BRUT		.....	306

Tableau 1 : plan général du livre de BOUILLAUD

sortie et bien entendu les diagnostics. Malheureusement, un certain nombre d'éléments nous fait défaut; Ce sont le mode d'entrée des malades, leurs conditions d'habitat, leur estimation financière et leur situation familiale dont nous ne pouvons guère dire qu'un mot. Nous ignorons également leur destinée à la sortie. Enfin, comme la période qui nous occupe ne couvre qu'un intervalle de 8 mois et que notre échantillon de malades est modeste, nous ne pourrons dire que peu de choses des réhospitalisations successives.

En revanche, si nous n'avons pu trouver dans le Mémoire de BOUILLAUD la totalité des éléments d'étude utilisés par le Docteur MAGDELAINE, il en est d'autres que BOUILLAUD est seul à fournir. Il s'agit de la Province d'origine des malades, de leur durée d'installation à Paris au jour de leur hospitalisation, ce qui nous fournira, nous le verrons, un aspect assez évocateur de l'importante expansion démographique de la capitale sous la Monarchie de Juillet.

oOo

EXPLOITATION DES RESULTATS

I - RESULTATS GENERAUX

Avec trois autres établissements pariens, l'hôpital de la Charité appartenait aux Frères de la Charité et comptait en 1837, 450 lits de médecine et de chirurgie dont 250 lits d'hommes et 200 lits de femmes répartis en 22 salles. Cinq d'entre elles avaient été aménagées au début du XIXe siècle dans l'ancienne chapelle de l'Hôpital et dépendant de la Faculté de Médecine, constituaient la "clinique de la Charité" qui pouvait recevoir 26 hommes et 14 femmes. C'est donc de cette clinique que BOUILLAUD était Médecin-Chef. Il s'agit bien là d'un service de clinique médicale au sens où nous l'entendons aujourd'hui et même d'un service "pilote" en quelque sorte, car des différents documents que nous avons pu consulter grâce à l'amabilité de Monsieur CAUDILLE, Conservateur des Archives de l'Assistance Publique, il ressort que l'Hôpital de la Charité était depuis longtemps considéré comme un "hôpital d'élection".

a - Age et sexe des malades :

La disproportion entre les lits d'hommes et de femmes est plus grande pour le service de BOUILLAUD que pour l'ensemble de l'Hôpital et nous avons dû constamment en tenir compte dans l'évolution des différents pourcentages selon le sexe.

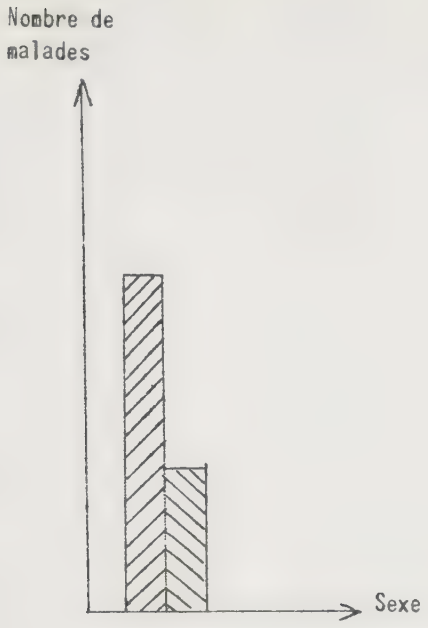


Schéma 1

Ceci étant, d'avril I836 au mois de novembre suivant, BOUILLAUD soigna dans son service 22I hommes et 85 femmes (Schéma 1). Compte tenu de ces différences en valeur absolue, les hommes - 72 °/₀ des malades hospitalisés - restent les plus nombreux.

A parité numérique de lits on peut estimer que le service traitait I5 °/₀ de plus d'hommes que de femmes .

La répartition par âge (schéma 2 et tableau 2) ainsi que la répartition par âge à l'intérieur de chaque sexe (tableau 3, schéma 3) nous montrent les premières différences entre les deux populations hospitalières que nous observons.

Ages	Malades
I5 à I9	53
20 à 29	I36
30 à 39	70
40 à 49	29
50 à 59	I0
60 à 69	5
70 à 79	1
Total	304 (1)

Tableau 2

(1) 2 observations de femme ne font pas mention de l'âge.

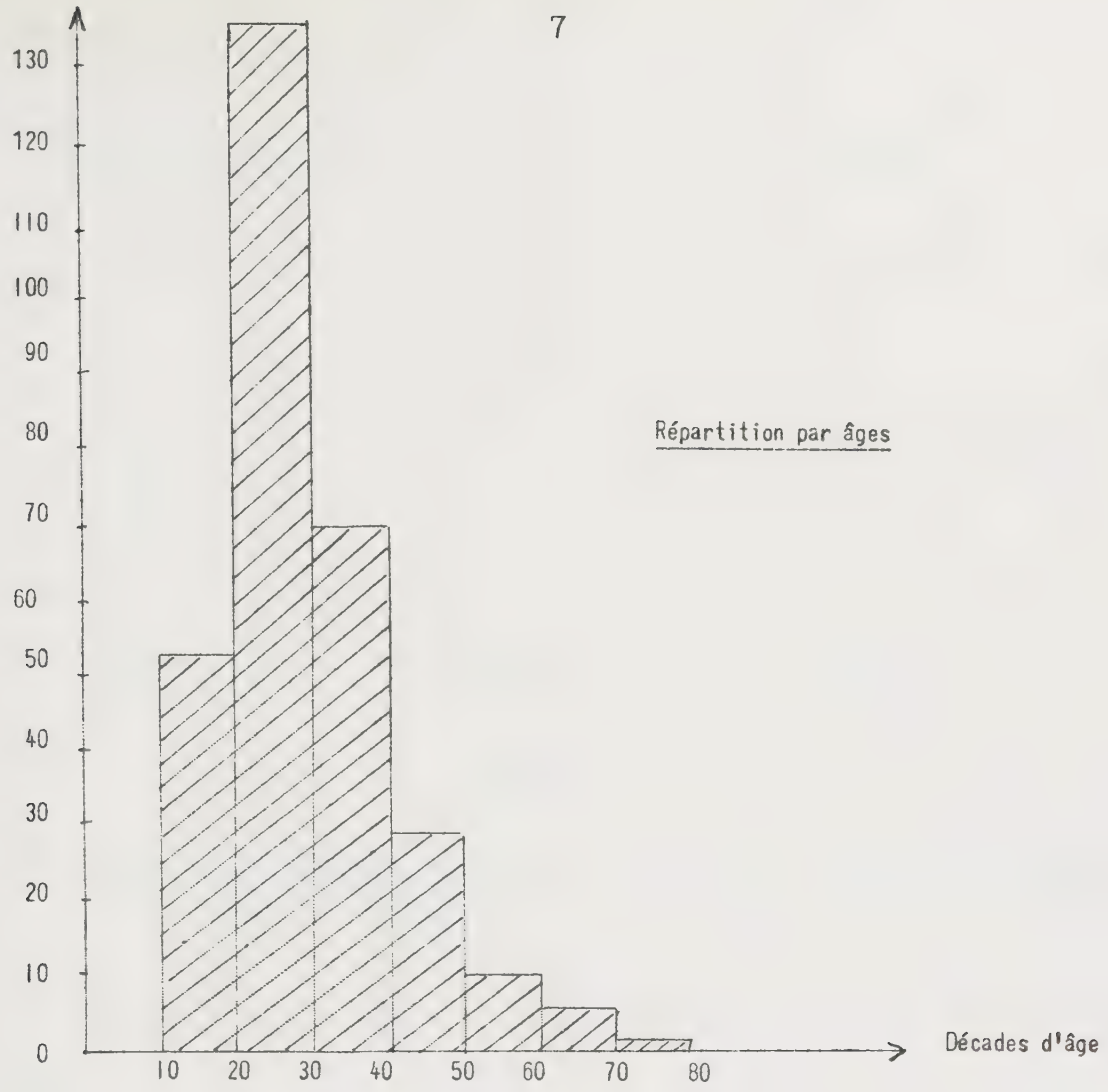


Schéma 2

Répartition par âge des malades hospitalisés dans le Service BOUILLAUD d'avril à novembre 1836

D'emblée, nous voyons que la population hospitalière est sensiblement plus jeune. Les personnes âgées de plus de 60 ans n'y sont pratiquement pas représentées.

Décades d'âge	Hommes	Femmes
I5 à I9	39	I4
20 à 29	99	36
30 à 39	52	I7
40 à 49	2I	I0
50 à 59	6	4
60 à 69	3	2
70 à 79	1	
âge non mentionné		2
TOTAL	22I	85

Tableau 3

Répartition par âge et par sexe des malades hospitalisés dans le Service BOUILLAUD d'avril à novembre I835

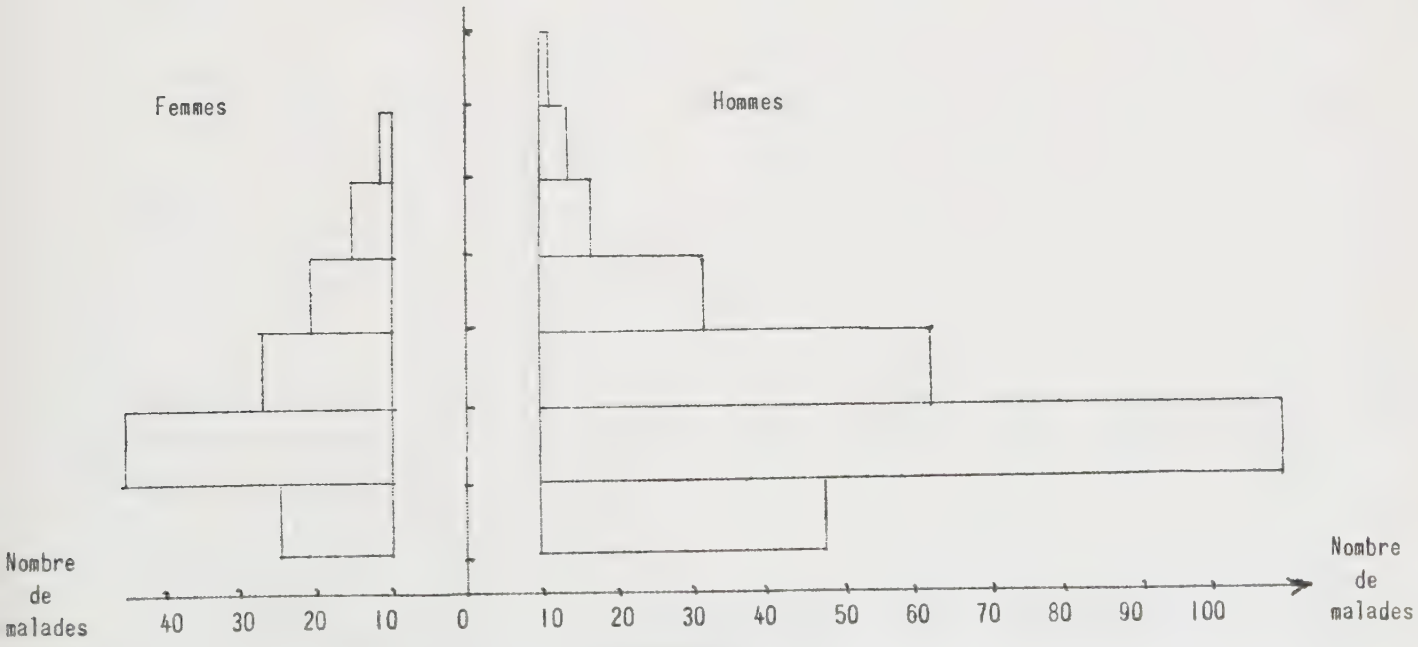


Schéma 3

Pyramide des âges dans chaque sexe (service BOUILLAUD)

L'étude faite sur les malades de l'Hôtel Dieu en I954-55 montrait que pour I00 malades répartis par décades d'âge (tableau 4 , schéma 4) :

- Les hommes de 30 à 40 ans étaient relativement plus nombreux que les femmes du même âge.

- Dans les deux sexes la décade de 50 à 60 ans était la plus fournie.

- Les femmes âgées étaient relativement plus nombreuses à l'hôpital après 70 ans.

Considérant à notre tour une semblable répartition des malades du Service BOUILLAUD, nous voyons que pour I00 hospitalisés (Tableau 4, Schéma 4) :

Ages	La Charité I836		Hôtel Dieu I954-55	
	°/₀hommes	°/₀ femmes	°/₀ hommes	°/₀ femmes
I5 à I9	I7,5	I7	2	2
20 à 29	45	43	I4,5	11
30 à 39	24	20	I4,5	I0,5
40 à 49	8,5	I2	I8	I3,5
50 à 59	3	5	22,5	I9
60 à 69	I,5	3	I5,5	I9
70 à 79	0,5		I0	I6
80 et +			3	9
TOTAL	I00	I00	I00	I00

Tableau 4 : répartition par décades d'âge et par sexe pour I00 malades de chaque sexe.

- La proportion d'hommes et de femmes est la même dans chaque tranche d'âge.

- La proportion d'adolescents des deux sexes y est beaucoup plus importante (2 °/₀ dans chaque sexe pour la population de l'Hôtel-Dieu).

- Dans les deux sexes la décade de 20 à 30 ans y est la plus fournie.

- Après 50 ans le nombre des hospitalisés diminue brusquement.

- Il n'y a pratiquement pas de malades âgés de plus de 60 ans (2 °/₀).

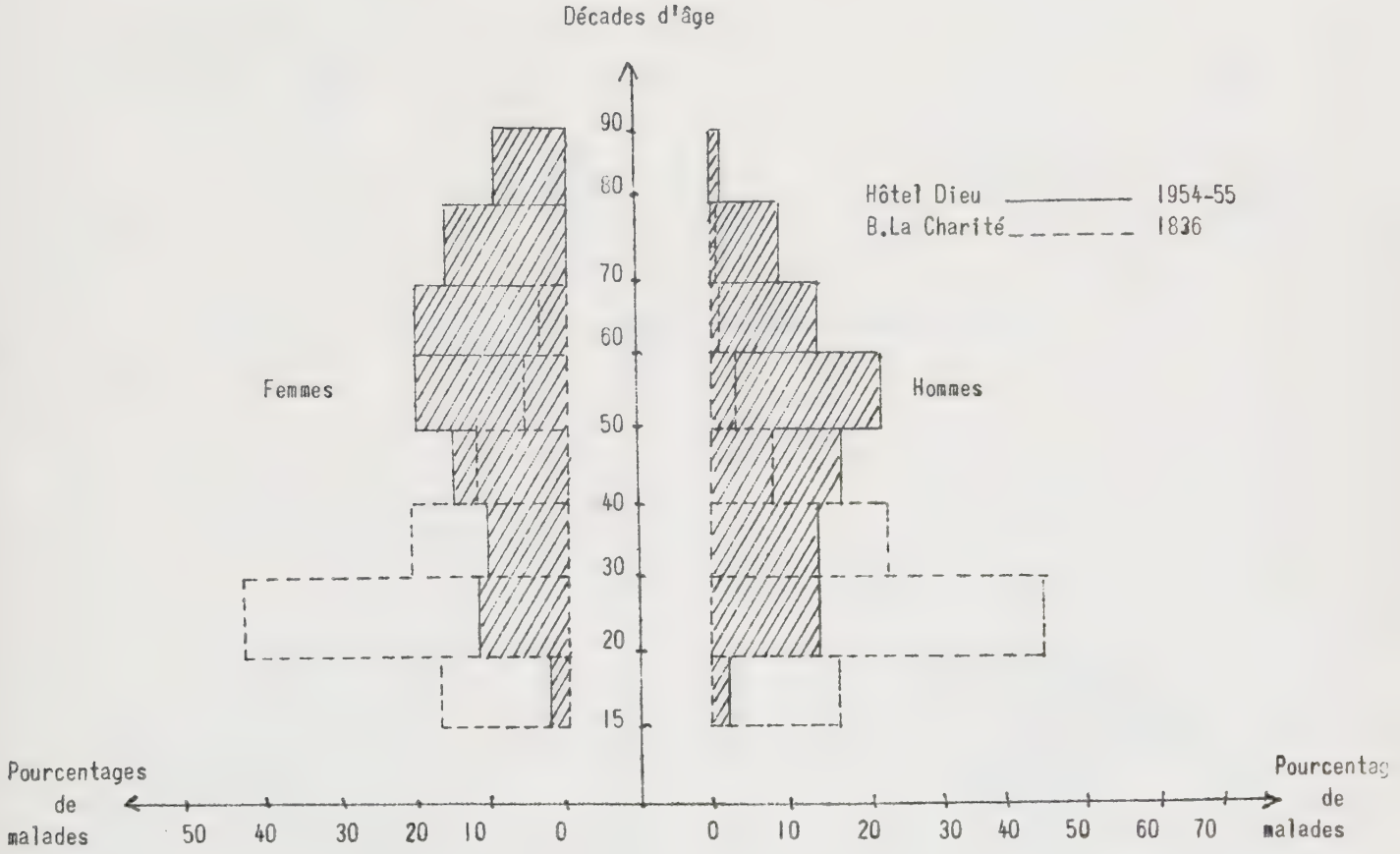
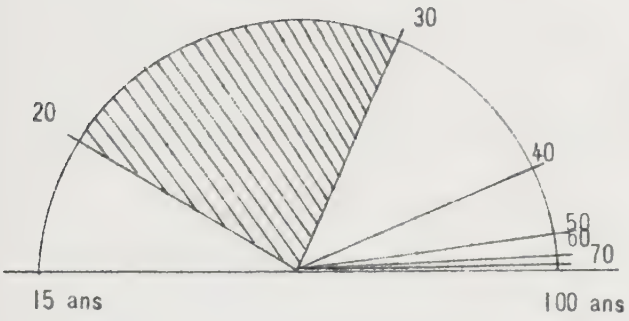


Schéma 4 : Répartition par âge et par sexe pour IOO malades de chaque sexe.

Les schémas 5 et 6 montrent mieux encore peut-être les différences entre les deux populations hospitalières intéressées.

Service BOUILLAUD
La Charité I836



Hôtel Dieu
I954-55

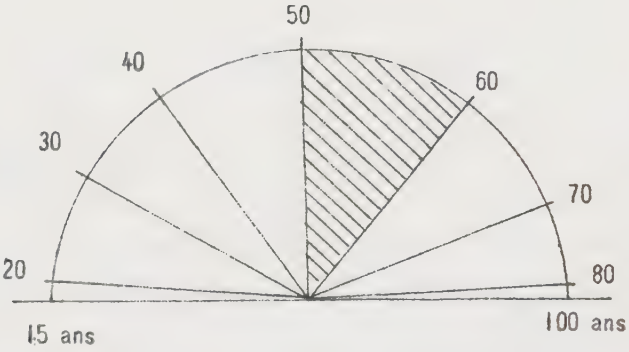
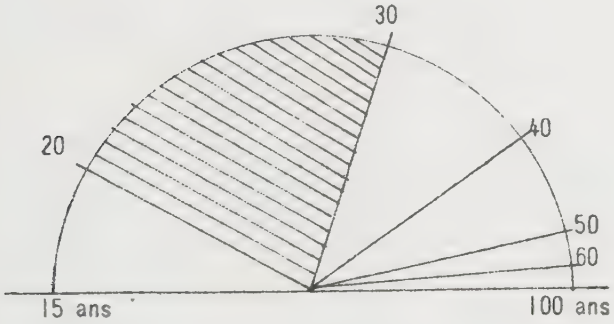


Schéma 5 : Eventail des hommes de chaque tranche d'âge

Service BOUILLAUD
La Charité I836



Hôtel-Dieu
I954-55

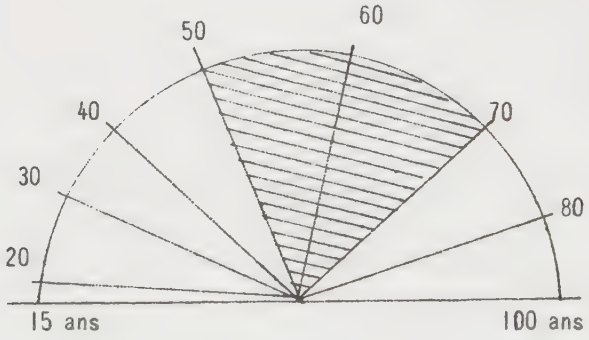


Schéma 6 : Eventail des femmes de chaque tranche d'âge.

Le problème posé par la proportion infime des vieillards de notre échantillon mérite cependant une mention spéciale.

Si l'on songe que d'après l'étude de l'Hôtel-Dieu en I954-55 la concentration des vieillards semble sensiblement plus forte à l'hôpital que dans la population de base, sautant de I5,5 °/₀ en ville à 35 ou 37 °/₀ dans les hôpitaux (elle était de 3I °/₀ en I955 dans le service du Professeur JUSTIN-BESANCON à Bichat contre I6,2 °/₀ dans la population de basecette année là) On peut s'étonner en dépit de plus d'un siècle d'écart de ne la trouver qu'à 2 °/₀ dans le service de Bouillaud et se demander si l'étroitesse numérique de la population hospitalière qui nous occupe n'en est pas la cause. Nous manquons malheureusement d'éléments comparatifs pour cette époque.

Cependant , il est logique de penser que Bouillaud était à la tête d'un service hospitalier normal pour l'époque et que la clientèle qu'il y soignait ne devait pas être sensiblement différente de celle des autres hôpitaux parisiens. Par ailleurs, la durée moyenne de vie était plus brève que de nos jours.

Enfin c'est une opinion généralement admise que les vieillards et les infirmes ne fréquentaient pas tant l'hôpital que l'Hospice sauf dans les villes de province dont les ressources était trop limitées pour entretenir plusieurs établissements.

De plus, le nombre des vieillards hospitalisés était encore bas par rapport aux chiffres actuels, il n'y a pas si longtemps puisqu'on en comptait 9 °/₀ en I9II et I0,2 °/₀ en I9I6.

Années	Malades âgés de 60 ans et +	Population hospitalière	Pourcentage en rapport
I9II	I9.978	22I.354	9
I9I6	I9.792	I92.666	I0,2

Au total si l'on admet que le service de Bouillaud reflétait l'activité des hôpitaux Parisiens de l'époque, il semble que nous puissions dire que la morbidité hospitalière intéressait une population essentiellement masculine et plus jeune que la nôtre.

Durée en jours	Hommes							Femmes							Total hommes	Total femmes	Total 1836	Durée en jours
	15-20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79				
1		8	5	1	1	1				1					17	1	18	1
2	2		1								1				3	1	4	2
3		2		1					1			1			3	2	5	3
4	2	5	2					1	1						9	2	11	4
5	1	5	1						1	1		1			7	3	10	5
6	1	5	4	1					1		.				11	1	12	6
7	4	5		1				1		1					10	2	12	7
8	3	6	1				1				1				11	1	12	8
9		4							1	1	1				4	3	7	9
10	2	3	3						1	1					8	2	10	10
11	1	2	1		1	1		2	2	1	1				6	8	14	11
12	1	2	4					1	4	1		1			7	7	14	12
13	1	3							1						4	1	5	13
14		1							1						1	1	2	14
15	2	2	1	2						1	1				7	2	9	15
16	1	2	2	2	1				1						8	1	9	16
17	2		2												4	0	4	17
18	1	4	1		1				2	1	1				7	4	11	18
19		2	1	2	1				3						6	3	9	19
20	1	2	1	1					1	1					5	2	7	20
21	2	2						1	1		1				4	3	7	21
22	2	6	2							1					10	1	11	22
23		1	1							1			1		2	2	4	23
24	1		1	1	1				1	1					4	2	6	24
25		2	5	2					1						9	1	10	25
26	1	1							1						2	1	3	26
27	1								2						1	2	3	27
28		1	1												2	0	2	28
29								1							0	1	1	29
30				1											1	0	1	30
31		1		1		1		1							3	1	4	31
32		1						1							2	1	3	32
33		1	2	1				1							4	1	5	33
34				1						1					3	1	4	34
35			1												1	0	1	35
36			1						1						1	1	2	36
37	1		1	1				1		1					3	2	5	37
38		2													2	0	2	38

39		2	1					1							3	1	4	
40	1	2		1				1							4	0	4	40
41			1						1						1	1	2	41
42			1						1						1	1	2	42
43															0	0	0	43
44	1			1											2	0	2	44
45		2													2	0	2	45
46															0	0	0	46
47		1						1							1	1	2	47
48		1												1	1	1	2	48
49										1					0	1	1	49
50		1													1	0	1	50
51		2													2	0	2	51
52	1									1	1				1	2	3	52
53															0	0	0	53
54			1												1	0	1	54
55															0	0	0	55
56				1											1	0	1	56
57		1													1	0	1	57
58			1												1	0	1	58
59															0	0	0	59
60								1							0	1	1	60
61															0	0	0	61
62	1														1	0	1	62
66			1								1				1	1	2	63
72									1						0	1	1	72
77	1														1	0	1	77
80		1													1	0	1	80
84									1						0	1	1	84
96									1						0	1	1	96
101			1												1	0	1	101
104									1						0	1	1	104
+ de 180									1						0	1	1	+ de 180
+ de 365		1													1	0	1	+ de 365
420											1				0	1	1	420
	39	99	52	21	6	3	1	14	36	17	10	4	2	0	221	83	304 + 2 femmes sans âge.	

Tableau 5 : Durée de séjour par âge et par sexe. Service Bouillaud - La Charité 1836.

b - Durée de séjour :

Ici plus encore que dans l'enquête de l'Hôtel-Dieu, la répartition des durées de séjour s'avère hautement dispersée et la courbe semble echapper à toute systématisation. Toutefois, malgré les "trous" causés par les petits nombres de malades, la courbe a grossièrement la même allure (schéma 7, tableau 5). Aussi avons-nous utilisé les mêmes critères pour comparer entre elles les différentes durées d'hospitalisation de nos malades.

La moyenne - soit le nombre total des jours divisé par le nombre total des malades - est de 23 jours.

La médiane - durée pour laquelle on compte 50 °/₀ des malades restés moins de cette durée et 50 °/₀ demeurés au-delà - est de I6 jours.

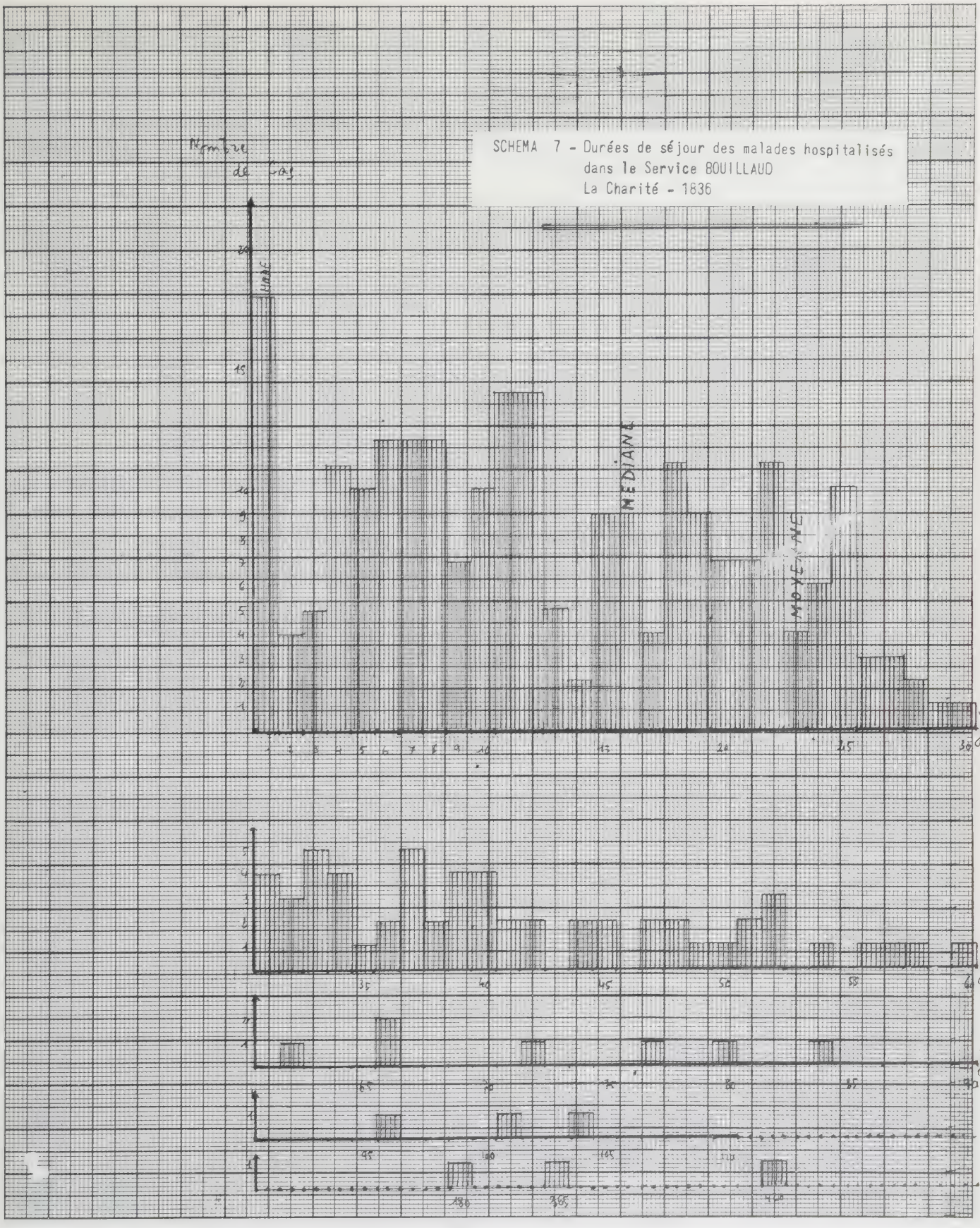
Ces deux critères sont les plus intéressants, la moyenne rendant relativement compte des longs séjours, la médiane au contraire traduisant les cas les plus fréquents, ceux de la partie initiale de la courbe, ceux des séjours brefs.

Deux autres critères de moindre valeur définissent d'une part la journée qui groupe le plus grand nombre de malades, c'est le mode (ici le premier jour), d'autre part la durée de séjour maximum ou durée limite : ici 420 jours. Les deux critères comme le fait très justement remarquer le Docteur MAGDELAINE sont imparfaits en ce qu'ils risquent d'englober des cas aberrants ou tout au moins de ne pas s'adresser aux cas les plus fréquents. Si nous mentionnons ici ces différents critères c'est pour souligner, malgré les différences numériques de base, leur ressemblance dans les deux enquêtes (Tableau 6).

BOUILLAUD I836 306 malades		HOTEL-DIEU I952-54 2099 malades	
mode	1	Mode	1
médiane	I6	médiane	I6
moyenne	23	moyenne	30,5
durée limite	420	durée limite	866

Tableau 6 : Comparaison du mode, de la médiane, de la moyenne et de la durée limite des hospitalisations à I40 ans d'intervalle

SCHEMA 7 - Durées de séjour des malades hospitalisés
dans le Service BOUILLAUD
La Charité - 1836



Donc en dépit des différences en valeur absolue le I6e jour sert de frontière à la durée d'hospitalisation de la moitié des malades dans un cas comme dans l'autre. Par ailleurs, les moyennes d'hospitalisation sont respectivement de trois semaines et d'un mois, ce qui ne représente pas une différence bien grande

Enfin, 42 ans plus tard, en I878, nous apprenons par l'annuaire statistique de la ville de Paris (nous n'avons pu malheureusement trouver celui de I836) que la durée moyenne de séjour à l'hôpital de la Charité était de 26,8 °/o jours. Ceci rend donc vraisemblable une moyenne de 23 jours pour l'année I836.

Cette relative similitude nous incite à comparer dans les 2 populations le pourcentage des malades répartis dans 5 catégories de durée de séjour choisies arbitrairement (Tableau 7, Schéma 8).

Groupe des durées	Pourcentage de malades dans le service Bouillaud	Pourcentage de malades à l'Hôtel-Dieu
de 0 à 7 jours	23,5	29,8
dont 1 jour	5,8	8
de 8 à I4 jours	2I	I7,7
de I5 à 2I jours	I8,5	I2,9
de 22 à 30 jours	I3,5	I0,8
plus d'un mois	23,5	28,8

Tableau 7 : Classement comparatif des 2 populations hospitalières selon différentes périodes de séjour.

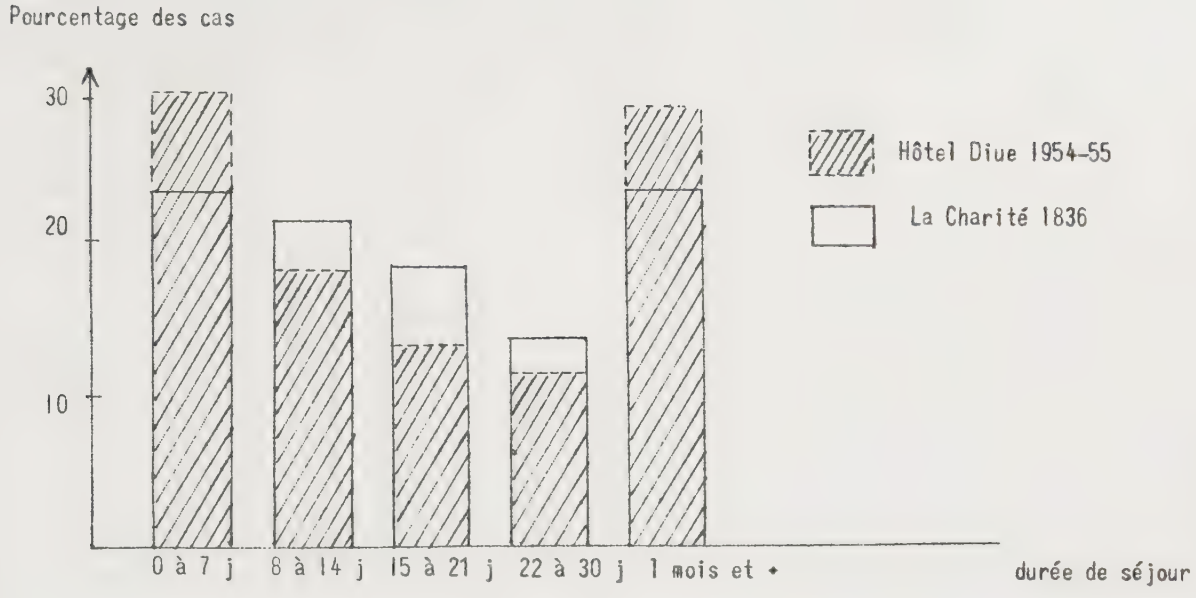


Schéma 8 : Classement comparatif des 2 populations hospitalières selon différentes périodes de séjour.

Nous constatons ainsi que sur I00 malades :

- 24 sont restés moins d'une semaine à l'Ôpital de la Charité et 6, un jour seulement contre 24 et 6 malades à l'Hôtel Dieu de nos jours.

- 2I sont restés entre une et deux semaines contre I8 pour l'Hôtel Dieu.

- I9 de I5 jours à trois semaines contre I3 pour l'Hôtel-Dieu.

- I4 de trois semaines à un mois contre 11 pour l'Hôtel-Dieu.

- Enfin 24 malades sont restés plus d'un mois à la Charité, tandis que 29 demeuraient à l'Hôtel Dieu plus de 30 jours.

Ces différents aspects se retrouvent dans le rapport existant entre le pourcentage des malades hospitalisés et le pourcentage des durées de séjour (Tableau 8, Schéma 9). La courbe est ici moins creusée que celle de la population de l'Hôtel Dieu et de fait les durées de séjour des malades à La Charité sont

Durée en jours	Nombre de malades	Effectifs cumulés	Pourcentage des malades	Nombre de journées	Journées cumulées	Pourcentage du total des journées
1	18	18	6	18	18	0,2
2	4	22		18	26	
3	5	27		15	41	
4	11	38		44	85	
5	10	48		50	135	
6	12	60		72	207	
7	12	72		84	291	
1 sem = 8	12	84	27	96	387	5,6
9	7	91		63	450	
10	10	101		100	550	
11	14	115		154	704	
12	14	129		166	870	
13	5	134		65	935	
14	2	136		28	963	
2 sem = 15	9	145	47,6	135	1098	16
16	9	154		144	1142	
17	4	158		68	1210	
18	11	169		198	1408	
19	9	178		171	1579	
20	7	185		140	1719	
3 sem = 21	7	192	63	147	1866	27
22	11	203		242	2108	
23	4	207		92	2200	
24	6	213		124	2324	
25	10	223		250	2574	
26	3	226		78	2652	
27	3	229		81	2733	
28	2	231		56	2789	
29	1	232		29	2818	
1 mois = 30	1	233	76,6	30	2848	41,8
2 mois = 31 à 60	58	291	95	2385	2533	76
4 mois = 61 à 120	10	301	99	806	6833	88
Au delà	3	304	100	765	6804	100

Tableau 8 : Durées de séjour cumulées par le nombre des malades cumulés à La Charité en 1836.

moins dispersées dans de grands intervalles de temps que celles des malades de l'Hôtel-Dieu en I952-54.

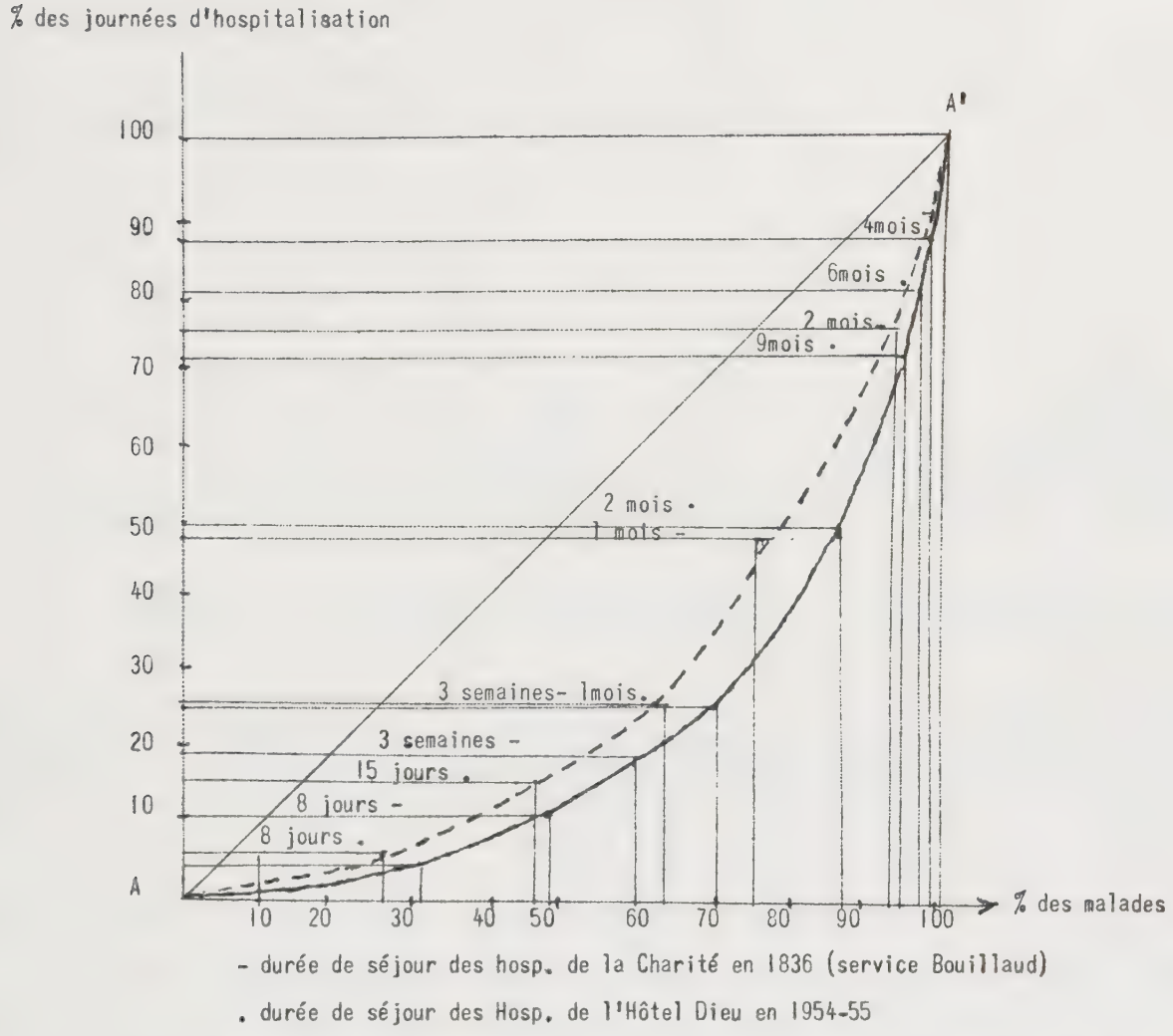


Schéma 9 : Comparaison des courbes de durée de séjour dans les deux populations.

Ayant la possibilité de déterminer le pourcentage des malades restant longtemps hospitalisés (schéma 7, et surtout schéma 8), nous avons pu analyser l'influence de ces quelques malades sur l'occupation des lits du service. En supposant que le service fonctionne à saturation complète, la capacité totale du service est de 6.804 journées d'hospitalisation. En admettant d'autre part que les malades se répartissent à peu près également sur le plan de leur durée

de séjour pendant les 8 mois qui nous intéressent, nous voyons qu'à un jour donné, sur I00 malades du service tableau 9, schémas I0 et 11) :

- les malades restant moins d'une semaine soit près du quart de la population hospitalière n'occupent que 4 °/₀ des lits du service.

- les trois malades restés plus de 4 mois, soit I °/₀ à peu près du total des malades se trouvent occuper II °/₀ des lits.

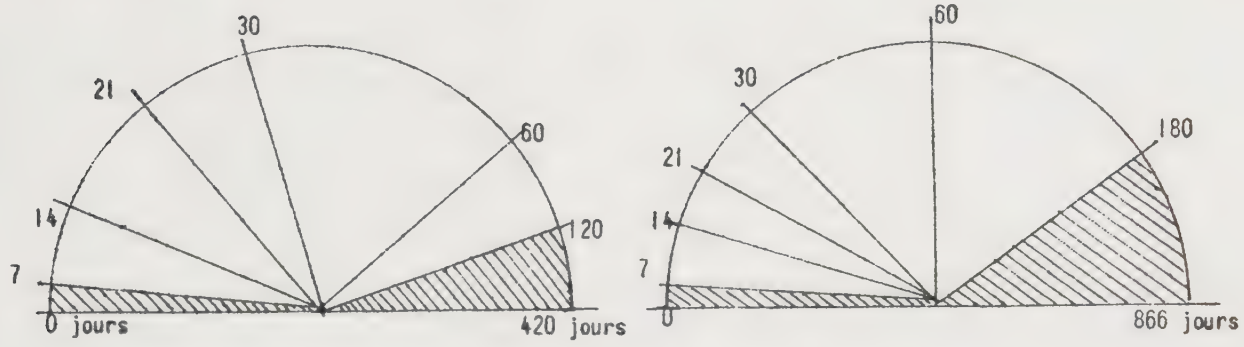


Schéma I0 : Occupation du service BOUILLAUD en I836 et de l'Hôtel-Dieu en I954-55 selon chaque période de durée de séjour.

Périodes de durée	Nbre de malades		°/₀de malades		Nbre de journées		°/₀de journées	
	I836	I954-55	I836	I954-55	I836	I954-55	I836	I954-55
0 à 7 jours	72	624	23,6	29,8	29I	22I8	4	3,5
8 à I4 jours	64	373	2I	I7,7	672	4I20	9,5	6,5
I5 à 2I jours	56	27I	I8,4	I2,9	I003	4805	I5	7,5
22 à 30 jours	4I	225	I3,8	I0,8	982	5668	I4	9
3I à 60 jours	58	356	I9	I7	2285	I5I27	35	23,5
6I à I20 jours	I0		3,2		806		11,5	
6I à I80 jours		207		9,8		I9844		3I
au-delà	3	43	1	2	765	I22I4	11	I9
Total	304	2099	I00	I00	6804	63996	I00	I00

Tableau 9 : Occupation du Service BOUILLAUD en I836 et de l'Hôtel Dieu en I954-55 selon chaque période de durée de séjour.

Si nous observons les chiffres de l'Hôtel-Dieu, nous voyons que sur I00 malades :

- Les malades restant moins d'une semaine, soit 30 °/₀ des hospitalisés n'occupent que 3,5 °/₀ des lits du service.
- Alors que les malades restant plus de 6 mois, soit 2 °/₀ des hospitalisés occupent I9 °/₀ des lits.

On voit donc qu'il existe entre les deux populations considérées des similitudes assez frappantes sur le plan des durées de séjour et ceci malgré une différence très importante dans le nombre des malades. Encore une fois, nous ne prétendons nullement qu'il puisse être question ici d'une statistique digne de ce nom. Nous nous permettons seulement de suggérer que les durées de séjour des deux populations hospitalières qui nous intéressent sont grosso modo identiques. Au reste, nous rappelons que la durée moyenne de séjour des malades de l'Hôpital de la Charité pour l'année I878 est de 26,8 °/. chiffre fourni cette fois par une étude statistique officielle.

Les différences résident dans les séjours prolongés au-delà de 2 mois. Mais nous rappellerons que ces longues hospitalisations sont le fait des vieillards et que ceux-ci sont pratiquement absents de notre échantillon.

c - Durée de séjour par âge et par sexe :

Nous ne dirons maintenant qu'un mot de la durée de séjour par âge et par sexe. Le tableau I0 que nous avons limité aux hommes hospitalisés, les chiffres fournis par le groupe des femmes étant trop faibles, ne montre pratiquement pas de différence d'un âge à l'autre, bien que nous ayons groupé entre eux tous les hommes au-dessus de 40 ans.

Nous présentons dans le tableau 11 , deux groupes de résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu en I954-55 pour la décade d'âge 20-29 qui correspond chez nous à la décade la plus nombreuse, et la décade 50-59 qui est la plus nombreuse dans la population contemporaine .

La comparaison de ces 2 tableaux ne permet guère de constatations instructives. Elle permet cependant de montrer que pour des hospitalisations excédant 3 semaines les éléments jeunes de la population, les hommes de 20 à 30 ans sont représentés à 33 °/o en I836 et à 35°/o en I954-55. Autrement dit les hommes jeunes demeurant longtemps à l'hôpital représentent une proportion assez semblable de la population hospitalière au XIXe et de nos jours, mais l'absence de vieillards dans notre échantillon limite beaucoup notre propos.

Périodes	de I5 à I9		de 20 à 29		de 30 à 39		après 40 ans	
	Nbre	°/o	Nbre	°/o	Nbre	°/o	Nbre	°/o
de 0 à 7	I0	25,5	3I	32	I3	25	6	20
de 8 à I4	8	20,5	2I	2I	9	I7,5	3	I0
de I5 à 2I	9	23	I4	I4	8	I5,5	I0	3I,5
de 22 à 30	5	I3	II	II	I0	I9	5	I5,5
de 3I à 60	5	I3	20	20	I0	I9	6	20
de 6I à I20	2	5	I	I	2	4	I	3
au delà	0		1	1	0		0	
Total	39	I00	99	I00	52	I00	3I	I00

Tableau I0 : durées de séjour des hommes hospitalisés dans le service Bouillaud à l'Hôpital de la Charité à Paris en I836, par périodes et par groupes d'âge. Pourcentage dans chaque groupe.

Période	de 20 à 29		de 50 à 59	
	Nombre	pourcentage	Nombre	pourcentage
de 0 à 7 jours	74	4I,5	84	3I
de 8 à I4 jours	46	25,5	43	I6
de I5 à 2I jours	I6	9	42	I5,5
de 22 à 30 jours	I8	I0	29	I0,5
3I jours et plus	25	I4	75	27
de 3I à I80 jours	23	I3	72	26
I8I jours et plus	2	1	3	1
Total	I79	I00	273	I00

Tableau 11 : Répartition par âge des deux groupes témoins d'hommes hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en I954-55 pour chaque durée de séjour.

d - Les réhospitalisations successives

Dans l'enquête de l'Hôtel-Dieu "La durée de l'hospitalisation..... comprend pour ceux des malades qui ont fait plusieurs séjours pendant la durée de l'enqête, la somme des ces diverses hospitalisations".

Ce n'est pas le cas dans notre étude car si entre mars et décembre I836, 5 malades ont été hospitalisés deux fois à la Charité, nous n'avons utilisé que la seule hospitalisation qui faisait l'objet d'une observation dans le mémoire de Bouillaud.

Néanmoins comme l'auteur précisait dans les antécédents des malades la date et la durée des hospitalisations antérieures nous avons pu constater que, à compter du Ier mars I836, ces 5 malades totalisaient pour leur premier séjour 2I3 journées d'hospitalisation, soit 3 °/₀ des journées réelles d'hospitalisation de cette population (tableau I2).

Durée de la Ire hospitalisation en jours	Intervalle entre les 2 hospitalisations en jours	Diagnostic
I0	6	RAA
11	30	Saturnisme
I05	I5	Diabète
52	I5	Hémiparésie Dr.
35	2I	Syndrome anémique
TOTAL 2I3		

Tableau I2 : Service Bouillaud -(I836) . Réhospitalisations dans le service contemporaines à la période d'enquête.

D'autre part, pendant eette même année I836 8,4 °/₀ des malades de BOUILLAUD ont été hospitalisés dans d'autres services hospitaliers.

Enfin 5,8 °/₀ ont fait un séjour soit dans le service de BOUILLAUD soit dans d'autres services, au cours des deux années précédentes (tableau I3).

		Nbre de malades	pourcentage des malades	Nbre de journées
Hospitalisations contemporaines à l'enquête	Service BOUILLAUD	5	I,6	2I3
	Autres services	26	8,4	842
Hospitalisations antérieures I834-I835	sans distinction de services	I8	5,8	665

Tableau I3 : Réhospitalisations - Service BOUILLAUD I836

On voit donc que les réhospitalisations successives influent sur la durée de séjour et plus généralement sur la consommation hospitalière du malade.

oOo

II - DONNEES ADMINISTRATIVES

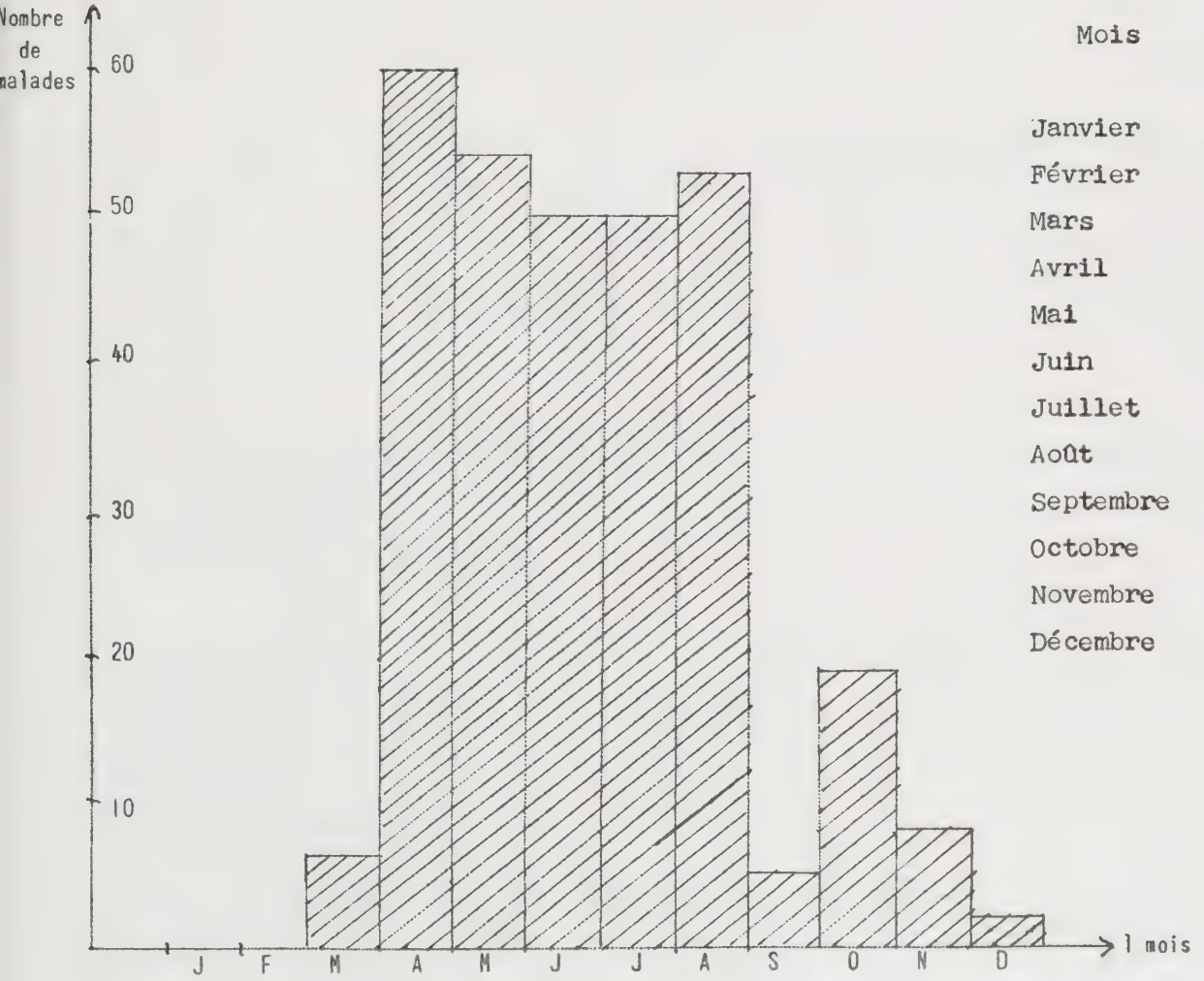
a - Circonstances d'admission

Nous ne disposons malheureusement que de renseignements incomplets ; particulièrement en ce qui concerne les admissions. Le peu de renseignements fournis par les observations n'y fut pas introduit à des fins d'enquête systématique mais pour préciser la gravité du cas considéré. Ainsi BOUILLAUD dit parfois : "Le malade est venu à pied au Bureau Central et à l'Hôpital, soutenu par un camarade", ou encore : "le malade a été porté à l'hôpital sur un brancard", ou enfin : "le malade est venu en voiture au Bureau Central".

Nous avons tenté de classer les entrées à l'hôpital en "consultations" ou en "urgences" d'après semblables appréciations mais d'une part le nombre de malades ainsi obtenu demeurait insuffisant et par ailleurs ce mode d'appréciation nous a , en fin de compte, paru trop subjectif.

Nous pouvons seulement affirmer que la presque totalité des malades hospitalisés relevait à coup sûr, à l'entrée, d'un service d'aigus. Le dénombrement de la pathologie rencontrée le montrera sans doute possible. Ajoutons que 6 malades ont été adressés par des médecins, dont 2 par l'assistant du Patron, 1 par le Patron lui-même, 2 par des médecins de province et de banlieue, 1 par un médecin de la ville, ce qui n'est rien si l'on songe que de nos jours, 47 °/₀ des malades sont adressés à l'hôpital par des médecins de la ville !

Mêmes difficultés pour apprécier le débit saisonnier des entrants (schéma I2).



Mois	Nbre de malades
Janvier	: 0
Février	: 0
Mars	: 6
Avril	: 60
Mai	: 53
Juin	: 50
Juillet	: 50
Août	: 53
Septembre	: 5
Octobre	: I9
Novembre	: 8
Décembre	: 2

Schéma I2 : Débit saisonnier des malades hospitalisés dans le Service BOUILLAUD à la Charité en I836.

Rappelons en effet que la période qui nous occupe s'étend du mois d'avril au début de novembre. En dehors de cette période, l'auteur publie cependant des observations de malades hospitalisés en mars, en novembre et même en décembre, Or, pendant ces trois mois, nul doute que le nombre des hospitalisés ne fut plus important que celui dont nous disposons. Nous observons par ailleurs une chute des hospitalisations pendant le mois de septembre qui correspond à la période de vacances du Chef de Service et durant lequel, par conséquent, le service fonctionne au ralenti. Il nous manque enfin deux mois d'hiver qui échappent totalement à notre étude. Aussi nous semble-t-il illusoire de parler d'un débit saisonnier des malades.

Cependant, compte-tenu de ces restrictions, nous avons essayé de fragmenter les dates d'entrée des malades selon leur sexe (schéma I4, tableau I4) et, du moins en ce qui concerne les hommes (car pour les femmes nos chiffres seraient insuffisants) d'établir une courbe des hospitalisations pour cent individus dans chaque tranche d'âge (schéma I3, tableau I4). Ainsi, nous constatons que :

- Globalement dans les deux sexes, les hospitalisations cessent en pratique pendant le mois de vacances du chef de service. Si dans les 5 mois qui précèdent nous estimons que le service est dans son plein rendement, les hospitalisations d'hommes ne varient pas d'un mois sur l'autre. Pour les femmes au contraire, le taux d'hospitalisations qui est élevé en période printanière diminue en juin et remonte au début de l'été.

- Si nous déterminons dans la population masculine 4 tranches d'âge nous voyons apparaitre entre elles des différences nettes que la courbe générale ne permettait pas d'évoquer.

En effet, les hospitalisations d'adolescents entre I5 et I9 ans, très nombreuses au printemps tombent au début de l'été subissant la même variation que celles des plus de 40 ans (?). Mais tandis que pour ces dernières le taux d'hospitalisations remonte fortement au mois d'aout, sa réascension demeure faible pour les jeunes malades.

	Mois		Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
HOMMES	I5 à 20	N		9	I2	I2	5	4	I	3	1	2	39
		°/o		23	3I	5	I3	I0	2,5	8	2,5	5	I00
	20 à 29	N	3	I4	I5	20	20	I7		8	2		99
		°/o	3	I4	I5	20	20	I7		8	2		I00
	30 à 39	N	2	9	5	I3	I7	I0		3	3		52
		°/o	4	I7,5	9,5	25	I4	I8		6	6		I00
	40 et +	N		9	4	3	3	8	2	2			3I
		°/o		29	I3	9,5	9,5	26	6,5	6,5			I00
	Total	N	5	4I	36	38	35	39	3	I6	6	2	22I
		°/o	2	I8,5	I6,5	I7	I6	I7,5	I,5	7	3	1	I00
FEMMES	I5 à 20	N		1	3	1	3	2	1	1	2		I4
		°/o											
	20 à 29	N		I0	9	5	6	6					36
		°/o											
	30 à 39	N		3	3	3	5	2		I			I7
		°/o											
	40 et +	N	1	5	2	I	I	4	I	I			I6
		°/o											
	Total	N	1	I9	I7	I0	I5	I4	2	3	2		83
		°/o	1	23,5	20,5	I2	I8	I6,5	2,5	3,5	2,5		I00

Tableau I4 : Répartition selon leur date d'entrée des malades hospitalisés dans le service BOUILLAUD à la Charité à Paris I836.

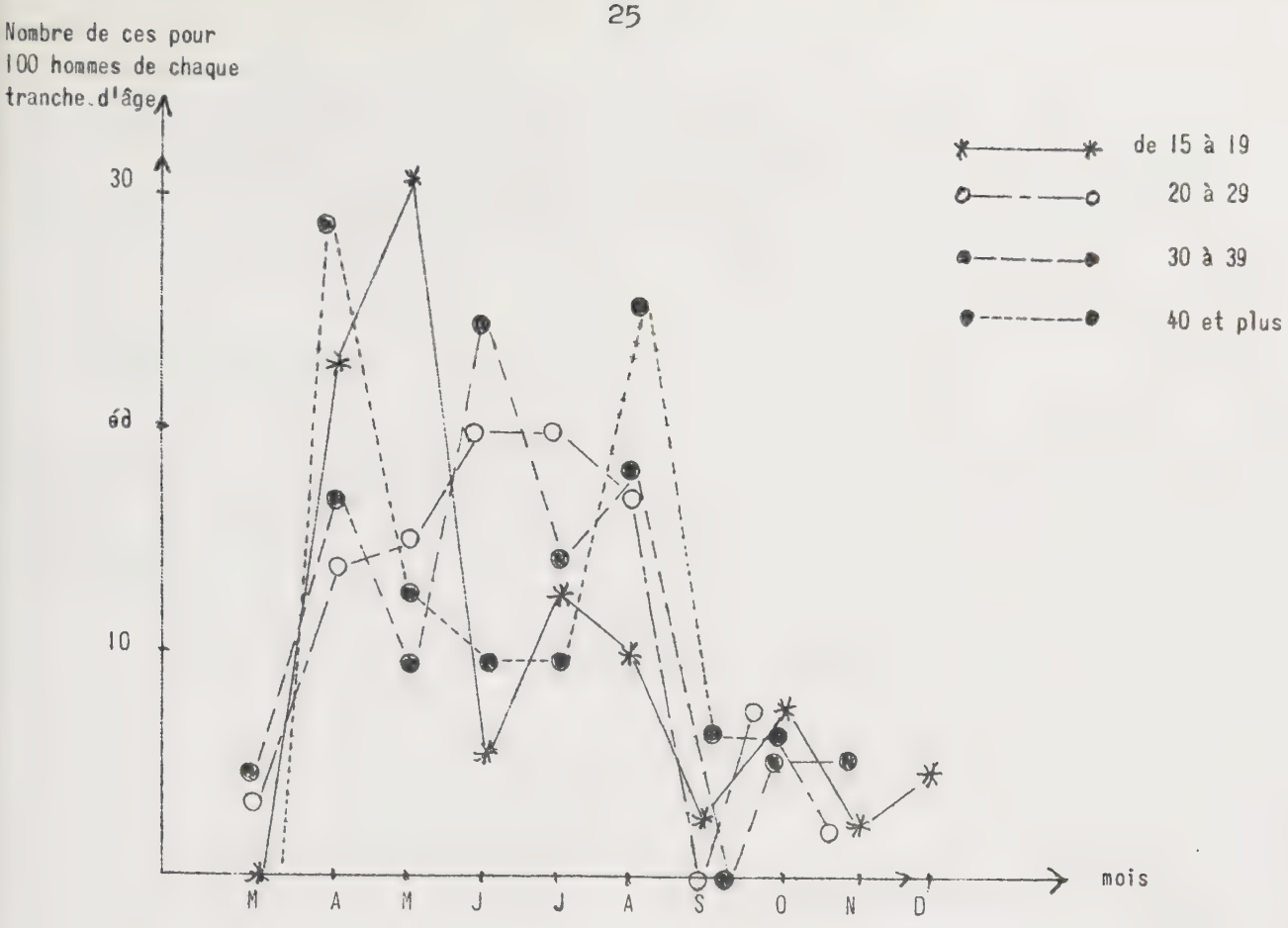


Schéma I3 : Répartition des entrants selon le mois de leur hospitalisation pour 100 hommes de chaque tranche d'âge. Service Bouillaud hôpital de la Charité 1836.

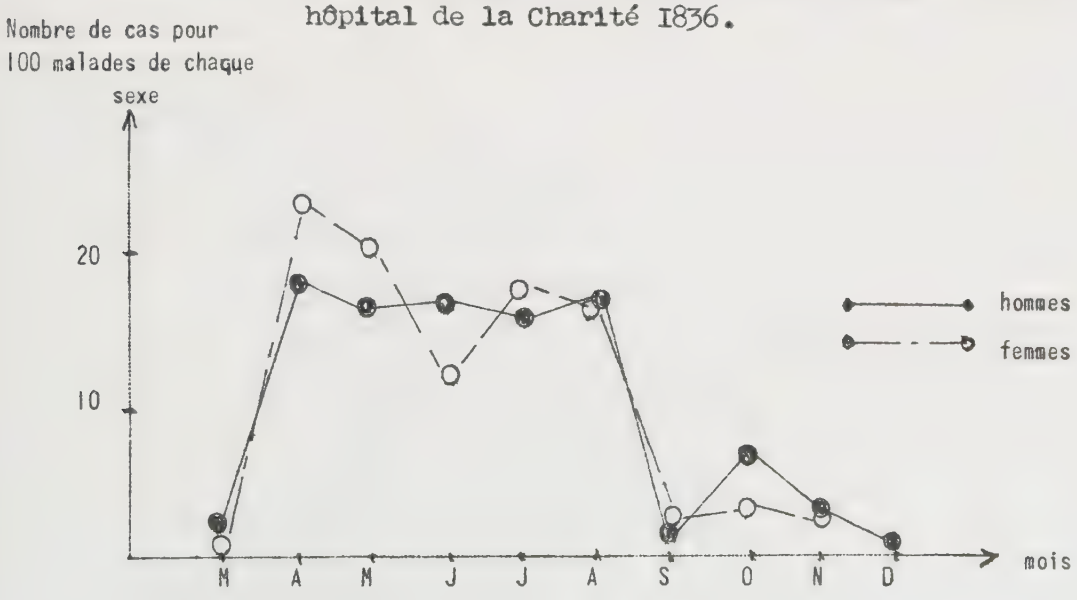


Schéma I4 : Répartition des entrants selon le mois de leur hospitalisation pour 100 malades de chaque sexe. Service Bouillaud 1836.

Si ce phénomène correspond à la réalité, quel en est le déterminisme ? Nous ne pouvons répondre à cette question d'autant qu'il est fort possible qu'il ne s'agisse ici que d'un artefact dû à un échantillonnage insuffisant.

b - Adresse des malades :

Bien que 5 °/₀ des observations ne nous fournissent pas l'adresse des malades, il reste évident que la majeure partie des hospitalisés est parisienne. Sur I00 personnes, 9I habitent Paris, 3 la région parisienne, une seulement la Province.

Parallèlement sur I00 hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en I954-55 :

89 habitent Paris
9 le reste de la Seine et la région parisienne
2 la province ou les colonies.

Il s'agit donc d'une clientèle essentiellement parisienne ici comme là.

Nous verrons cependant plus loin la distinction qu'il convient d'établir entre les parisiens de souche et les individus récemment installés dans la capitale.

c - Mode de sortie :

Sur I00 malades de l'Hôtel-Dieu en I954-55 on note :

- 67 retours à domicile avec ou sans reprise de travail
- 2I prolongations de séjour, dont :
  - I4 transferts dans un autre service
  - 3 séjours en maison de repos
  - 2 séjours en sanatorium
  - 2 placements de vieillards
- I2 décès ou sorties in extremis.

Le retour à domicile est donc la solution la plus habituelle.

En I836, au sortir de l'hôpital les malades guéris ou stabilisés ou "toujours vivants" rentraient chez eux et reprenaient dès qu'ils le pouvaient leurs occupations. Il existait certes quelques maisons de convalescence mais fort peu. Les malades les plus indigents recevaient parfois à leur sortie de l'hôpital quelques secours en espèces fournis par la fondation Montyon. Quoiqu'il en soit, sur I00 malades quittant le service BOUILLAUD, on note :

- 88 retours à domicile,
- 1 transfert dans un autre service
- 11 décès

La différence semble donc résider avant tout en l'absence d'établissements post-hospitaliers ou de services de spécialité.

La mortalité hospitalière est en valeur absolue la même mais nous verrons que les chiffres identiques recouvrent ici des réalités différentes.

Disons pour terminer qu'un bon nombre de malades rentrent chez eux dans un état précaire soit du fait de la maladie soit de celui d'une déplétion sanguine intempestive!

III - DONNEES SOCIOLOGIQUES

a - Situation familiale .

Nous savons peu de choses de la situation familiale, de l'habitat, de la situation socio-professionnelle de nos malades, soit que l'auteur n'en ait pas fait mention, soit qu'il n'ait noté certains renseignements que de façon inconstante. Le tableau I5 en rendra compte.

Situation familiale	Nombre	°/₀ par sexe
- Hommes mariés	28	I2
- femmes mariées	22	26
- femmes avec enfants, mais sans renseignement sur la situation familiale	11	I3
- Hommes célibataires	2	
- femmes célibataires	4	
Situation familiale non évoquée :		
- Hommes	I86	84
- Femmes	4I	48

Tableau I5: Situation familiale des malades hospitalisés dans le service Bouill à l'hôpital de la Charité à Paris en I836.

De nos jours , si on exclue les âges limites faits surtout de célibataires avant 30 ans et de veuf après 60 ans, sur I00 malades de 30 à 60 ans :

- 26 sont célibataires
- I0 vivent maritalement
- et 64 ont été mariés dont 9,5 sont veufs, I0 sont divorcés I0,5 sont séparés.

On voit qu'il serait illusoire de songer à utiliser des chiffres semblables. Dire qu'il existe 50 malades mariés, soit I6 °/₀ de la population hospitalière considérée ne signifierait rien car si l'auteur ne parle de la situation familiale de ses malades que dans une proportion de 26 °/₀, rien ne nous permet de considérer les 74 °/₀ restants comme des célibataires même si l'on sait que le taux de la nuptialité était assez bas à l'époque (8.308 mariages pour 909.I26 habitants en I836 soit un taux de nuptialité de 9 pour mille habitants à Paris), aussi préférons-nous abandonner cet aspect de notre échantillon pour analyser de plus près la situation socio-professionnelle de nos malades ou du moins certains de ses caractères.

Nous etudierons essentiellement :

- La province d'origine du malade.
- La durée de son installation à Paris au jour de l'hospitalisation.
- Enfin sa profession - si possible -

b - <u>La province d'origine des malades</u> :

L'analyse de l'origine des malades de l'Hôtel-Dieu en I954-55 montre que 54 °/₀ des hospitalisés sont d'origine métropolitaine. Il en va de même pour 88 °/₀ des malade du service Bouillaud.

Même ressemblance entre les pourcentages d'étrangers puisque nous en trouvons 5,7 °/₀ à l'hôtel-Dieu (non compris les Nord-Africains) et 6 °/₀ à La Charité (tableaux I6 et I7)

Nota : Rappelons que les malades nord-africains (comptés à cette époque comme Français) fournissaient 8,4 % du contingent hospitalier en I954-55. En I836 le problème ne se pose évidemment pas.

Pays d'origine	La Charité I836		Hôtel Dieu I954-55	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Métropole	266	88	I883	84
Paris	38	I3	?	
Province	228	75	?	
Etrangers	I9	6	I27	5,7
Aucune notion d'origine	2I	6		
TOTAL	306	I00	2223	I00

Tableau I6 : Origine des malades du service Bouillaud - La Charité I836-

Belges	3
Suisses	3
Pologne	3
Russie	1
Angleterre	1
Suède	1
Savoyards (Piémontais)	7
Total	I9

Tableau I7 : origine des malades étrangers du service Bouillaud

L'analyse du mémoire de Bouillaud nous a permis d'isoler au sein de la population hospitalière métropolitaine l'origine provinciale ou parisienne des malades. L'enquête de l'Hôtel-Dieu n'a pas fourni semblable renseignement mais dans la mesure où les populations hospitalières constituent un reflet de la démographie du pays, les études à venir auront sans doute intérêt à préciser autant que possible l'origine réelle des malades.

C'est ainsi qu'il semble bien que les malades du service Bouillaud donnent un reflet de la grande expansion démographique de Paris sous la monarchie de Juillet.

Si en effet 88 °/₀ des malades du service habitent Paris, I3 °/₀ seulement y sont nés, 75 °/₀ étant originaires de la Province.

Etonnés de cette forte proportion de provinciaux devenus parisiens (nous avons vu plus haut que si l'on excepte les 5 °/₀ de malades dont nous ignorons l'adresse, 9I °/₀ des hospitalisés habitent Paris au jour de leur hospitalisation). Nous avons cherché à connaitre la composition de la population parisienne entre I830 et I840 et nous avons eu la chance de trouver de précieux renseignements dans l'ouvrage de Charles POUTHAS sur la "Population Française pendant la première moitié du XIXe siècle".

" L'immigration -écrit-il - fournit à Paris pendant La Monarchie de Juillet 246.094 habitants (1)... soit 88,20 °/₀ de son augmentation... Elle tient la place essentielle de l'accroissement de la population de toute l'agglomération".

Plus loin, à propos des origines de cette immigration l'auteur précise que : "sur I00 habitants en I833, BERTILLON calcule que 50 seraient nés à Paris, 2 dans la Seine, 4I dans les départements, 2 à l'étranger... Les évaluations faites par DEPARCIEUX et les économistes du XIXe siècle donnent des résultats analogues".

Ainsi les chiffres fournis par notre petit échantillon de malades se situent entre ceux de l'évaluation de BERTILLON pour une année déterminée et ceux plus globaux de l'évaluation de l'expansion démographique parisienne sous la monarchie de Juillet

---

(1) en I836, la population parisienne était de 909.I26 habitants. Il y eut cette année là 28.942 naissances et 24.057 décès.

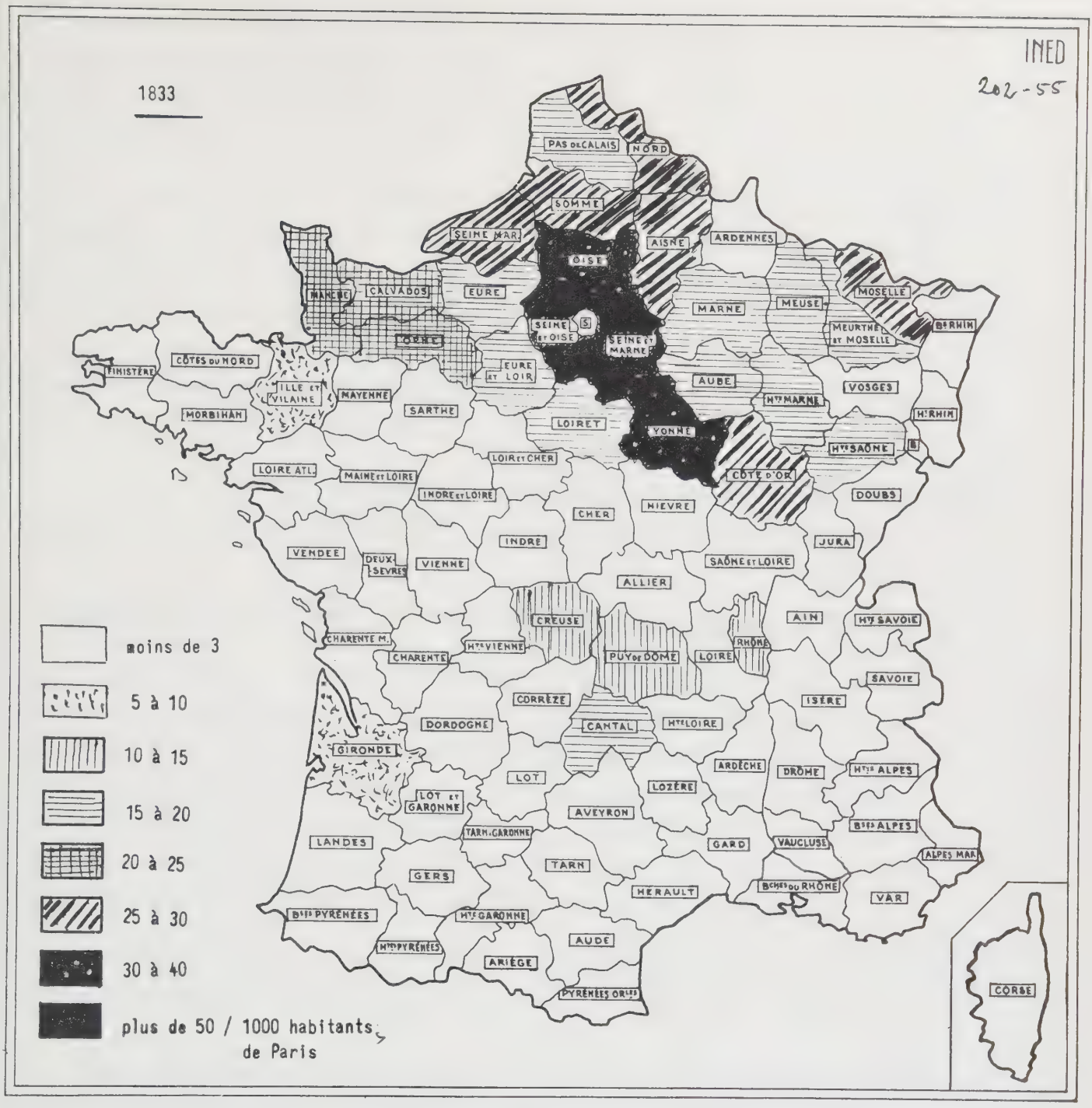
Nous ne prétendons pas à la représentativité statistique de notre échantillon ; nous pensons toutefois qu'on peut raisonnablement voir dans ce mouvement de la province vers la capitale l'explication de l'importante origine provinciale de notre clientèle hospitalière.

Ensuite, nous avons tenté de voir dans quelle mesure la réparitition géographique des malades de BOUILLAUD était en rapport avec celle des immigrants du Paris de I836 (Tableau I8). La chose nous a été possible grâce ici encore à l'étude de la Population Française au XIXe siècle faite par Monsieur Charles POUTHAS qui souligne fort clairement l'étonnante immigration départementale à Paris en I833. Nous empruntons le passage suivant ainsi que le schéma I5 à sa très intéressante étude.

" La répartition géographique de ces immigrants de I833 est très nette. Sauf une étroite partie du Massif Central, ils sont fournis pour plus de deux tiers par les départements situés au nord d'une ligne partant du Mont Saint Michel, remontant la Loire depuis Orléans, puis l'Allier, puis passant au Nord du Doubs. Les plus grands foyers sont la Seine et Oise, la Seine et Marne, et l'Oise... c'est à dire les alentours immédiats de Paris. Cette zone s'enveloppe au nord de départements dont l'émigration sur Paris est encore assez importante : Seine Inférieure, Somme et Aisne et partant de ceux-ci en diminuant au fur et à mesure qu'on s'en éloigne, Eure, Eure et Loir, Loiret, départements de Champagne et Lorraine et Picardie; toutefois la Basse Normandie, le Nord, la Moselle, fournissent un peu plus d'émigrés que les précédents ; personne n'est venu des Ardennes, des Vosges, d'Alsace. Au Sud de la Centrale les pays bourguignons fournissent une assez forte proportion d'immigrés : 33 de l'Yonne, 27 de la Côte d'Or, gens du bois et du vin descendant traditionnellement sur Paris. Hors cela, l'Auvergne, Cantal, Puy de Dôme et Creuse, de moindre effectif donnent à Paris les traditionnels aussi porteurs d'eau et ouvriers du bâtiment.

En somme, 27 départements très nettement localisés (sauf l'Auvergne) dans la moitié nord de la France, voire même du Bassin Parisien, sont seuls à fournir des habitants à Paris. Ni la Bretagne, ni la Franche-Comté, ni le Centre, ni le Midi ne participent encore à l'immigration sur Paris. Quelques départements dispersés ne donnent à eux seuls que 275 sur I000. Il s'y ajoute 48 étrangers, Allemands et Piémontais (Savoyards)."

INED
202-55



SCHEMA 15 - Immigration départementale à Paris en 1833

(in Population Française pendant la première moitié du XIXè siècle - Charles Ponthas)

La répartition de chaque malade dans son département d'origine nous donnerait des chiffres trop faibles pour que nous songions à établir une échelle de proportionnalité entre chaque département ainsi que le fit Monsieur C. POUTHAS.

D'autre part, notre échantillon est fait d'éléments qui pris séparément sont dispersés dans toutes les provinces de France. Toutefois, le schéma I6 représentant 69 °/o des malades originaires de la province offre une certaine ressemblance avec le schéma représentant l'immigration vers Paris en I833. Il semble autrement dit que les deux tiers de nos malades issus de la province viennent bien de ces régions qui fournirent alors le plus gros de l'immigration vers la capitale.

Nous ne pouvons bien entendu en dire davantage et ce schéma n'est montré ici que pour souligner l'intérêt sociologique des services hospitaliers.

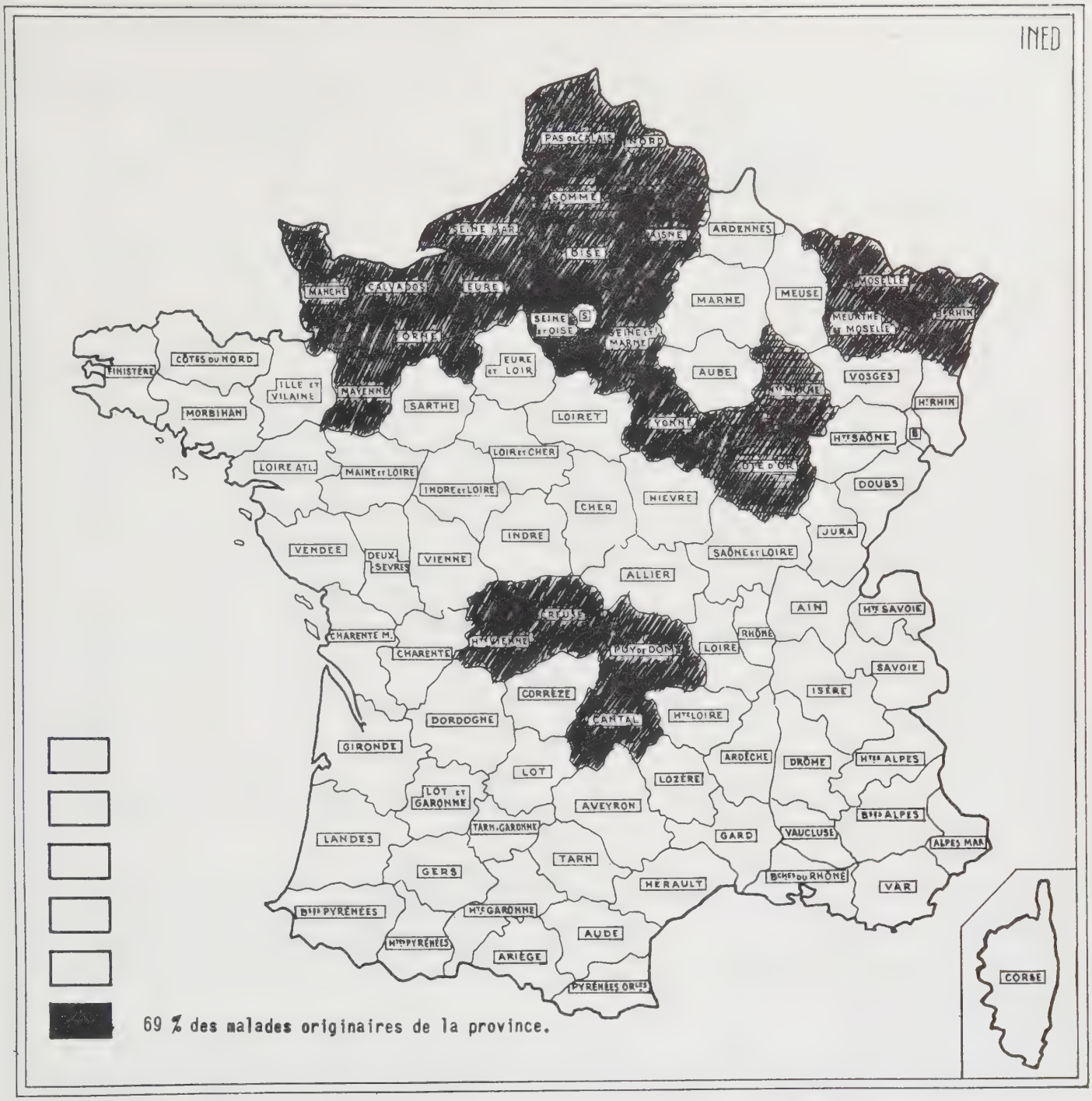
c - Durée de séjour des malades à Paris au jour de leur hospitalisation :

Ainsi donc, 75 °/o des malades hospitalisés en I836 dans le service de BOUILLAUD étaient issus de la province, à un époque où l'immigration à Paris était d'une importance considérable. Nous savons d'autre part que cette expansion de Paris sous l'influence de l'immigration a commencé dès I83I. Il devient alors intéressant d'analyser la durée d'installation de nos malades à Paris au jour de l'hospitalisation afin de vérifier que nos malades nés en province n'abitent pas Paris depuis des dizaines d'années.

BOUILLAUD ayant noté cet élément d'information, nous avons pu le rechercher dans 73 °/o des dossiers (Tableau I9) (schéma I7).

En effet, malgré l'impossibilité d'exploiter 27 °/o des dossiers par manque d'information, nous voyons que sur I00 malades habitant à Paris :

- Un quart est constitué de provinciaux installés à Paris depuis moins d'un an.
- Un quart est constitué d'individus vivant à Paris depuis une durée malheureusement indéterminée.



SCHEMA 16 - Répartition géographique des malades du Service BOUILLAUD
à l'Hôpital de la Charité à PARIS en 1836
Sans notion de proportionnalité

Départements	Nombre de malades originaires de chaque département.	Total
- Seine et Oise	I7	I7
- Creuse	11	11
- Moselle	I0	I0
- Yonne	9	9
- Haute Marne, Côte d'Or, Aisne, Somme, Flandre	8	40
- Puy de Dôme, Oise	7	I4
- Bas Rhin, Nord, Seine et Marne	6	I8
- Calvados, Seine Inférieure, Cantal, Haute Vienne	5	20
- Orne, Meurthe , Eure, Mayenne, Pas de Calais	4	20
- Haut Rhin, Vosges, Haute Loire, Saône et Loire, Lot et Garonne, Sarthe, Hautes Pyrénées	3	2I
- Nièvre, Côtes du Nord, Morbihan, Finistère Ille et Villaine, Indre, Loire, Allier, Maine et Loire, Hte Garonne, Aube, B. Pyrénées, Eure et Loir , Loire Inférieure	2	28
- Seine, Vendée, Ardennes, Meuse, Deux - Sèvres, Cher, Doubs, Charente Inférieure, Garonne, Gard, Aveyron, Vaucluse, Ain, Isère, Hte Saône , Rhône, Indre et Loire, Corrèze	1	20
TOTAL		228

Tableau I8 : Répartition géographique des malades du Service BOUILLAUD à La Charité en I836, selon leur origine.

	Nombre	°/₀ des malades habitant Paris
Malades vivant à Paris depuis :		
- 1 semaine à 1 an	78	27
- 1 an à 2 ans	28	I0
- 3 ans à 5 ans	26	9
- 5 ans à I0 ans	I6	6
- plus de I0 ans	28	I0
Parisiens d'origine	38	I3,5
Malades vivant à Paris depuis une durée indéterminée	69	24,5
TOTAL	28I	I00

Tableau I9 : Durée d'installation à Paris des malades du Service BOUILLAUD au jour de leur hospitalisation (I836).

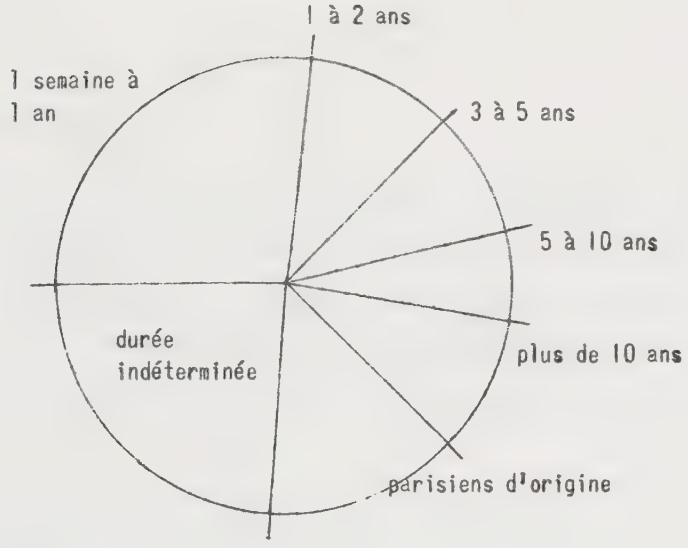


Schéma I7 : Pourcentages des durées d'installation des malades à Paris au jour de leur hospitalisation dans le Service BOUILLAUD (I836).

- Une dizaine seulement y vit depuis une période supérieure à 5 ans mais n'excédant pas IO ans.

- I3 ou I4 vivent à Paris depuis leur naissance.

Au total, 46 °/₀ des malades vivant à Paris y vivent depuis moins de cinq ans.

Ce pourcentage ne peut être comparé avec les populations hospitalières actuelles, l'enquête de I954-55 à l'Hôtel-Dieu n'en faisant pas état.

De même que nous avons souligné l'intérêt de connaître l'origine précise des malades hospitalisées, il nous semble utile de préciser dans les études à venir la durée d'installation à Paris de ces mêmes malades dans la mesure où l'on admet que la population hospitalière est un reflet de la démographie des grandes villes.

Si l'hôpital est le reflet de l'expansion démographique d'une grande ville, il serait peut être intéressant ultérieurement d'en mesurer l'importance au sein d'un service hospitalier.

d - Profession des malades

En ce qui concerne l'étude des professions exercées par nos malades, on ne sera pas surpris de trouver de notables différences avec les métiers d'aujourd'hui ; tant il est vrai que les porteurs d'eau ont disparu et avec eux charretiers et scieurs de long, broyeurs de couleurs, fileurs de laine et même cochers. Mais surtout, il est difficile à l'époque de séparer l'ouvrier de l'artisan.

En effet, il est peu probable que nos "tourneurs en cuivre", nos "zingueurs", nos "verriers", aient été ouvriers en usine dans le Paris de I836. Il est plus vraisemblable de penser qu'ils travaillaient dans de petites entreprises privées. Aussi avons-nous, faute de mieux, séparé les travailleurs en :

- commerçants,
- "ouvriers-artisans"

- employés et domestiques
- manoeuvres
- fonctionnaires
- étudiants

Cette distinction est sans doute sommaire, elle n'a que l'intérêt d'être pratique. Le tableau 20 nous permet en effet de constater que :

- 95 °/₀ des hospitalisés sont des travailleurs. Ceci est peut-être tout de même un peu surprenant quand on se souvient que les Hôpitaux et Hospices étaient destinés essentiellement aux indigents. On pouvait s'attendre à trouver un nombre appréciable de "sans logis", de "sans domiciles" ou de "sans profession ", or il n'en est rien. La clientèle est sans doute peu fortunée mais tous ses éléments ou à peu près tous sont des travailleurs . En fait, nous ne trouvons qu'un malade sans profession et 5 °/₀ de nos malades sont constitués d'individus pour lesquels nous n'avons pas d'information.

- 95 °/₀ des femmes ont un travail. En fait, toutes nos malades sont des travailleuses, pour 5 °/₀ des femmes nous n'avons pas de renseignements. Ce fait vaut d'être souligné et tend à prouver, associé au faible taux de nuptialité que la femme de I836 devait plus fréquemment que la femme moderne ne compter que sur elle pour assurer sa subsistance, au moins dans les échelons peu favorisés de la société. Au reste tout ceci rentre bien dans ce que nous savons de la situation des femmes au XIXe siècle.

Pour I00 malades des deux sexes :

- 5I sont ouvriers ou artisans
- I5 à I6 sont commerçants
- 20 sont domestiques.

Parmi les hommes, sur I00 d'entre eux, la même proportion se retrouve puisque :

- 53 sont ouvriers ou artisans
- I2 sont domestiques

Professions	Hommes	°/o des hommes	Femmes	°/o des Femmes	Total H + F	°/o H + F
- Commerçants	35	I7	I0	I2	45	I5,5
- Ouvriers Artisans	II2	53	36	44,5	I48	5I
- Manoeuvres	22	I0,5			22	7,5
- Domestiques	24	11,5	35	43,5	59	20
- Fonctionnaires	1	0,5			1	0,5
- Etudiants	I4	7			I4	5
- Professions non ouvrieres	2	0,5			2	0,5
TOTAL	2I0	I00	8I	I00	29I	I00
- Travailleurs	2I0	95	8I	95	29I	95
- Sans profession	1	)			1	)
		) 5				) 5
- Profession inconnues	I0	)	4	5	I4	)
TOTAL	22I	I00	85	I00	306	I00

Tableau 20 : Répartition des professions exercées par les malades hospitalisés dans le service BOUILLAUD à l'Hôpital de la Charité à Paris en I836. Classement et pourcentage dans chaque sexe.

- I7 sont commerçants
- 7 sont étudiants.

notons en passant sur les I4 étudiants hospitalisés chez BOUILLAUD, I0 sont étudiants en médecine victimes de typhoïdes ou de tuberculose pulmonaire.

Parmi les femmes, les proportions sont un peu différentes puisque sur I00 d'entre elles :

- I2 sont commerçantes
- 44 sont ouvrières
- autant sont domestiques.

Afin que l'on puisse juger de la façon dont nous avons classé ces travailleurs nous les avons groupés en un tableau (Tableau 2I). En effet, il est parfois difficile de savoir où commence le commerçant et où finit l'ouvrier.

Enfin disons qu'il n'y a parmi nos 306 malades qu'un seul fonctionnaire : c'est un garde-champêtre !

La différence avec la population hospitalière contemporaine est grande puisque pour I00 malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en I954-55 sans distinction de sexe ni d'âge :

- 47 sont des travailleurs
- I7 sont des retraités
- 5 sont chômeurs
- I0 sont en arrêt de travail pour maladie
- 20 sont sans profession

Il faut bien entendu tenir compte ici des femmes et des vieillards, ces derniers faisant pratiquement défaut de notre échantillon.

Toutefois l'enquête de l'Hôtel-Dieu montra qu'entre 40 et 60 ans on trouve à l'hôpital près de I6 °/o d'hommes sans profession.

Pour apprécier ce chiffre assez important, il faut tenir compte de la fréquence à cet âge des clochards et des "sans-domiciles" qui sont d'ailleurs plus concentrés à l'hôpital que dans l'ensemble de la population et peut-être même plus concentrés encore à l'hôtel-Dieu que dans d'autres hôpitaux.

Quoi qu'il en soit, sur deux salles de malades, on constate que: "Chez les hommes, la moitié de la salle est occupée par des travailleurs.... tandis que chez les femmes les travailleuses n'occupent que le quart de la salle" (M.M. op. cit.)

Autrement dit il semble que l'hôpital draîne avec une certaine prédilection des malades ne travaillant pas ou ne travaillant plus" (M.M.op. cit.)

Dans la première moitié du XIXe siècle au contraire, si le service de Bouillaud est représentatif de l'activité hospitalière parisienne, comme on peut le penser, l'hôpital draine essentiellement des travailleurs hommes ou femmes, très peu de vieillards, pratiquement pas de chômeurs.

Commerçants	Hommes	Boulanger, épicier, charcutier, marchand de vin , cordonnier, teinturier, brocanteur, marchand d'habits, coiffeur, marchand de parapluies.
	Femmes	Marchande des quatre saisons, fleuriste, blanchisseuse.
Ouvriers Artisans	Hommes	Menuisier, charpentier, ébéniste, scieur de long, tailleur de pierres, maçon, plâtrier, peintre, vitrier, forgeron, serrurier, zingueur, couvreur, chaudronnier, fondeur en cuivre, tourneur en cuivre, polisseur sur acier, tolier tourneur en bois, fileur de laine, tisserand passementier, tailleur, bonnetier, fondeur en caractères, typographe, lithographe, estampeur, broyeur de couleurs, corroyeur, tanneur, bourrelier, sellier, relieur, coutellier, verrier, brossier, bijoutier, borduriste d'éventails, cultivateur, distillateur, tonnelier, mécanicien, cocher, peintre en voitures, colleur d'affiches, balayeur, terrassier, paveur, porteur d'eau, ramoneur, infirmier.
	Femmes	Couturière, lingère, culottière, brodeuse, giletière, gantière, chapelière, brossière, pastilleuse, relieuse, brunisseuse en plaqué, polisseuse en caractères, polisseuse de peignes, polisseuse sur nacre.

Tableau 2I : Classification professionnelle des commerçants, ouvriers, artisans hospitalisés dans le service BOUILLAUD en 1836.

SI : Classification professionnelle des commerçants, artisans,
artisans hospitaliers dans le service DOMITIUD en 1956.

Femmes	Couturière, lingère, culottière, brodeuse, filetière, passementière en plaqué, polisseuse en orfèvrerie, polisseuse de peignes, polisseuse en verre.
Hommes	Bijoutier, orfèvre, graveur, ciseleur, tourneur, fondeur en caractères, typographe, lithographe, estampeur, broyeur de couleurs, cuisinier, tanneur, pelletier, sellier, relieur, cartonnier, vernier, brossier, bijoutier, bimbeloterie d'ornements, cultivateur, distillateur, tonnelier, mécanicien, cocher, peintre en voitures, cirleur d'affiches, relayeur, terrassier, paveur, porteur d'eau, ramoneur, instituteur.
Femmes	Mercerie des quatre saisons, fleuriste, blanchisseuse.
Hommes	Boulanger, épicier, charcutier, marchand de vin, couturier, teinturier, brasseur, marchand d'habits, outilleur, marchand de parapluies.

a de vieillard, particulièrement peu de chômeurs.

L'hôpital tenu essentiellement des travailleurs humbles ou
épré-surtout de l'activité hospitalière parisienne, comme on
. première moitié du XIXe siècle au contraire, et le service de
s ne travaillent pas ou ne travaillent plus" (M.M.,op. cit.)

nt dit il semble que l'hôpital drelne avec une certaine prédilec-

IV - DONNEES MEDICALES PROPREMENT DITES

a - Suivant l'exemple du Docteur MAGDELAINE, nous nous sommes efforcés au maximum d'utiliser des diagnostics clairs et de ne laisser à l'interprétation qu'un rôle mineur. Toutefois nous avons expliqué au début de cette étude les difficultés qui se présentèrent lorsqu'il fallut reclasser dans une nosologie décente les 306 observations de BOUILLAUD. Nos difficultés ont été bien sûr moindres que celles du Docteur MAGDELAINE puisque les observations mises à notre disposition étaient plus réduites, moins détaillées, limitant par conséquent les risques d'interprétation abusive. Nous avons donc revu la fiche de chaque malade avec notre Maître le Professeur H. PEQUIGNOT qui au besoin relisait l'observation avant de juger de la vraisemblance, de la certitude ou de l'impossibilité du diagnostic proposé.

Cependant dans la plupart des cas le classement s'est révélé relativement simple puisque les observations furent établies en fonction d'une sémiologie que la clinique moderne n'a pas désavouée.

Au terme de ce contrôle, nous avons adopté la classification internationale et elle seule. En effet, le cadre de notre travail est trop étroit pour qu'il soit nécessaire ou même possible de chercher à établir d'autres classifications ainsi que put le faire le Docteur MAGDELAINE pour cerner au plus près la pathologie rencontrée dans la clientèle de l'Hôtel-Dieu en 1954-55. Nous n'établirons donc pas de comparaison entre nos deux populations hospitalières selon le degré de précision du diagnostic porté (et pour cause !) selon l'étiologie ou la spécialité théorique de chaque diagnostic, conscient que loin d'éclairer le tableau nous ne pourrions que brouiller inconsidérément des renseignements déjà succincts.

Nous nous limiterons donc à mettre en évidence les affections les plus fréquentes, à établir le pourcentage des malades qui en sont atteints et à comparer ces résultats avec ceux obtenus de nos jours par un procédé semblable.

b - Les polydiagnostics

Bien que BOUILLAUD ne souligne que très rarement la présence de plusieurs diagnostics chez tel ou tel de ses malades, il arrive qu'un certain nombre d'observations mentionnent plusieurs affections différentes comme par exemple une obésité et une syphilis chez un malade porteur d'une cardite rhumatismale, En excluant comme le fit le Docteur MAGDELAINE les complications évidentes d'une maladie et les antécédents, en réduisant à l'unité plusieurs manifestations d'une même étiologie, nous avons établi pour nos 306 malades, la classification suivante en fonction du nombre des diagnostics portés (tableau 22) comparativement à l'Hôtel Dieu en I954-55.

Nous constations ainsi que sur I00 malades :

- 3 d'entre-eux n'ont pas de diagnostic ou ont été hospitalisés sans raison ;
- 80 ont reçu un diagnostic et un seul ;
- I7 sont porteurs de polydiagnostics

Parmi I00 malades de l'Hôtel-Dieu en I954-55 : (voir tableau 4I[a])

- 1 n'avait pas reçu de diagnostic,
- 7I en avaient reçu un seul,
- 28 étaient porteurs de poly-diagnostics.

Donc au moins en ce qui concerne les diagnostics uniques, il existe une certaine similitude entre les deux populations hospitalières ; quant aux poly-diagnostics nous n'en tirerons pas de conclusions car, en dépit du souci d'objectivité des observateurs, l'appréciation en demeure trop subjective et par ailleurs ces diagnostics doubles ou triples posés a posteriori n'intéressent pas dans les deux cas une pathologie comparable : en effet nous ne pouvons en ce qui nous concerne isoler du mémoire de BOUILLAUD des diagnostics d'arthrose ou d'athérome par exemple ainsi qu'il fut possible de le faire parmi les malades de l'Hôtel-Dieu. Nous avons seulement voulu montrer que parmi I00 malades, il était possible d'en isoler I7 qui étaient porteurs d'une autre affection que celle pour laquelle ils étaient hospitalisés et que s'il s'agit là vraisemblablement d'un

Nbre de diagnostics	Nombre de cas		Pourcentage	
	La Charité I836	H. Dieu I954-55	La Charité I836	Hôtel Dieu I954-55
0 Diagnostic	9	24	3	I,I
1 Diagnostic	245	I390	80	62,5
2 Diagnostics	42	6I6	I3,7	27,7
3 Diagnostics	9	I92	3	8,6
4 Diagnostics	1	0	0,3	0
Total des poly-diagnostics	52	808	I7	36,3
TOTAL GENERAL	306	2222	I00	I00

TABLEAU 22 : Les poly-diagnostics à la Charité (I836) et à l'Hôtel-Dieu (I954-55)

sous-dépistage, il vaut peut-être la peine d'être malgré tout signalé.

c - La pathologie rencontrée :

Les deux tableaux 23 et 24 permettent de voir comment dans le cadre de la classification internationale des maladies nous avons pu replacer les différents diagnostics posés par BOUILLAUD. Une telle reconversion de la pathologie ne peut être évidemment que sommaire ; elle nous permet du moins de gagner en vraisemblance ce qu'une classification plus fouillée mais aussi plus hasardeuse eut risqué de nous faire perdre en exactitude. C'est ainsi que nous avons admis sous l'étiquette "Paludisme" non seulement les fièvres tierces incontestables mais aussi certaines fièvres quotidiennes de la nosologie de BOUILLAUD. C'est ainsi également que nous avons accepté le diagnostic d'anémie pour les nombreuses "chloroses" et autres états "chloro-anémiques" dont rien ne nous prouvait la nature "chlorotique" véritable mais dont tout le contexte clinique parlait en faveur d'un état anémique vrai quand ce ne serait que ce fameux "bruit de diable des carotides" si cher à notre auteur et que nous connaissons mieux de nos jours sous le nom moins lyrique de "souffle anémique". De même à côté de I7 cas pratiquement certains de fièvre typhoïde il en est d'autres considérés par BOUILLAUD comme des "formes légères d'entéro-mésentérite", des typhoïdes larvées que nous avons préféré mettre au rang des gastro-entérites ou des embarras gastriques. Enfin, nous avons dû faute de preuves admettre quelques diagnostics de pneumopathies chroniques devant des affections respiratoires trainantes, récidivantes, parmi lesquelles sans doute il faudrait voir quelques cas de tuberculose possible.

Cela étant, nous avons dénombré parmi nos 306 malades, 360 diagnostics, soit en moyenne I,2 diagnostic par malade.

L'étude de l'Hôtel-Dieu relevait I,4 diagnostic par malade mais alors que l'éventail pathologique de l'Hôtel-Dieu en I954-55 s'étalait sur 900 diagnostics différents parmi lesquels un très petit nombre intéressait plus d'un ou deux malades, permettant ainsi une étude statistique valable, le notre ne comprend qu'une cinquantaine de diagnostics dont certains intéressent parfois une dizaine de malades.

	1	2	3	4
I . Maladies infectieuses et parasitaires	74	109	24	30
Tuberculose	14	17	4, 5	4, 7
Syphilis	1	8	0, 3	2, 2
Autres maladies infectieuses ou infections	59	84	19	23
Typhoïde	26	27	8, 4	7, 5
Erysipèle	3	5	1	1, 3
Rougeole	1	2		
Variole	5	6	1, 6	1, 6
Néphrite de scarlatine	1	1		
Paludisme	16	20	5, 2	5, 5
Gonococcie	1	7	0, 3	1, 8
Septicémie	1	1		
Parasitoses diverses	0	4		
Péritonite - pelvipéritonite	1	2		
Infections ORL	4	9	1, 3	2, 5
II. . Tumeurs	1	1		
Génito-urinaire maligne	1	1		
III . Maladies allergiques, endocriniennes, métaboliques et de la nutrition.	0	5		1, 4
Diabète	0	1		
Obésité	0	3		
Oedème de carence	0	1		
IV . Maladies du sang et des organes hématopoïétiques .	7	15	2, 2	4
Anémies	7	15	2, 2	4
V . Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité.	2	4		1
Troubles mentaux	2	3		
Alcoolisme	0	1		
VI . Maladies du système nerveux et des organes des sens.	5	10	1, 6	2, 7
Lésions vasculaires du système nerveux	1	3		
Autres affections du système nerveux	4	7		
VII . Maladies de l'appareil circulatoire.	33	45	10, 7	12, 5
R.A.A. et valvulites rhumatismales	32	39	10, 4	10, 8
Autres maladies du coeur	1	4		
Maladies des veines	0	2		

VIII. Maladies de l'appareil respiratoire.	54	66	17, 9	18, 3
Pneumopathies aiguës	21	26	6, 8	7, 2
Pleurésies	17	20	5, 5	5, 5
Bronchites	8	11	2, 6	3
Pleuro-péricardites	3	3	0, 8	0, 8
Pneumopathies chroniques	5	6	1, 6	1, 6
IX . Maladies de l'appareil digestif.	45	51	14, 7	14
Embarras gastriques et gastro-entérites	37	43	12	12
Ictères	6	6	1, 8	1, 6
Cirrhoses	2	2		
X . Maladies des organes génito-urinaires .	9	30	2, 8	8, 3
Affections gynécologiques en dehors des tumeurs et des affections vénériennes aiguës	7	25	2, 2	7
Affections urologiques en dehors de la gonococcie	2	5		1, 3
XI . Maladies de la peau.	0	3		
XII . Maladies des os .	4	5	1, 3	1, 3
Rhumatismes chroniques	4	5		
XIII . Symptômes .	7	8	2, 2	2, 2
XIV . Intoxications involontaires.	4	8	1, 3	2, 2
Saturnines	4	6		
Mercurielles (ORL) (Thérapeutique)	0	2		
Hors classement :				
Diagnostic impossible ou incertain	3			
Individus non malades	6			
TOTAL	245	360		

Tableau 23 : Classification internationale des diagnostic (BOUILLAUD, La Charité , 1836)

Colonne 1 : nombre de malades portant un diagnostic à l'état isolé
Colonne 2 : nombre de fois où le diagnostic a été porté
Colonne 3 : pourcentage de malades présentant un diagnostic (colonne 1) rapportée à 306 malades.
Colonne 4 : pourcentage de diagnostics portés dans chaque groupe (colonne 2) rapportée à 360 diagnostics portés.

C'est pourquoi nous nous bornerons à examiner les plus grandes différences de morbidité entre les deux clientèles hospitalières sans tenter de les superposer.

Voyons auparavant de quoi se compose l'éventail de morbidité du service de médecine générale de BOUILLAUD. (Tableau 23).

Bien entendu, les maladies infectieuses y occupent la première place. Parmi celles-ci (tableau 24) ce sont les fièvres typhoïdes qui viennent en tête.

Diagnostics	Nombre	Pourcentage de maladies infectieuses
Typhoïdes	27	24,7
Paludisme	20	I8,3
Tuberculose	I7	I5,5
Infections ORL	9	8,2
Syphilis	8	7,3
Gonococcie	7	6,3
Variole	6	5,5
Erysipèle	6	5,5

Tableau 24 : Rapport de fréquence des principales maladies infectieuses observées dans le service de BOUILLAUD à la Charité en I836.

Les 27 diagnostics de typhoïde que nous avons retenus ne font pratiquement aucun doute ; encore avons-nous écarté 23 cas que BOUILLAUD considérait certes comme douteux mais qu'il classait cependant sous la même rubrique.

La tuberculose ne vient qu'en 3e place mais il est plusieurs observations de pleurésies ou de pneumopathies.chroniques qui sont évidemment bien suspectes de tuberculose. Faute d'éléments certains nous n'en avons pas fixé l'étiologie.

Parmi les 20 cas de paludisme, I2 sont des fièvres tierces, bien caractérisées et 8, nous l'avons dit, sont des fièvres quotidiennes ou intermittentes.

On s'étonnera peut-être du nombre relativement faible pour l'époque de syphilis et de gonococcies, c'est que la pluspart des malades qui en souffraient étaient dirigés sur l'Hôpital des Vénériens. BOUILLAUD lui-même ne les gardait pas dans son service.

En revanche, il gardait les varioleux et nous n'aurons pas la naïveté d'en être surpris. Mais il est étonnant de constater que BOUILLAUD semblait en admettre la contagion lorsqu'il décrivait une malade atteinte de variole "venue voir sa belle-soeur couchée au n° 3 de la même salle et un des frères de la même malade couché au n° 4 de la salle des hommes, tous les deux atteints de variole " ! Quoiqu'il en soit, il n'y eut pas de décès parmi les varioleux du service cette année là.

A l'opposé, les 6 cas d'érysipèle furent tous sévères, certains compliqués et l'un d'eux se termina par la mort.

Dans l'ensemble donc, la pathologie infectieuse est largement représentée comme on pouvait s'y attendre. Il convient enfin de souligner que la classification internationale n'en rend pas un compte exact puisqu'il faudrait y inclure une grande part des affections respiratoires, génito-urinaires et digestives.

En second lieu viennent les affections respiratoires isolées puis les maladies cardio-vasculaires parmi lesquelles se rangent les rhumatismes articulaires aigus accompagnés ou non d'atteinte cardiaque cliniquement décelable. La grande majorité des R.A.A. s'accompagne ici de valvulite ou de péricardite. Les descriptions de l'auteur ne nous ont malheureusement pas permis de préciser les

différents types de lésions endocarditiques car en I836 la sémiologie orificielle du coeur n'était pas encore née.

Enfin viennent la pathologie digestive dont nous avons déjà évoqué l'aspect hétérogène et à laquelle nous ne nous attarderons pas, soulignant seulement la rareté des cirrhoses (2 cas) et la pathologie génito-urinaire occupée essentiellement par la gynécologie.

Tel est l'essentiel de la pathologie rencontrée. On peut y joindre par curiosité 2 °/₀ d'intoxications involontaires, saturnines pour 6 cas intéressant naturellement des imprimeurs ou des peintres et 2 mercurielles d'origine thérapeutique dont une chez un néphritique traité par BOUILLAUD au Calomel !

On voit que cet éventail est relativement étroit car les maladies de peau, les rhumatismes chroniques, les affections mentales ou neurologiques, les tumeurs, les maladies métaboliques ou les anémies ne sont représentées que par un échantillon assez faible puisqu'au total pour I00 malades du service :

- 30 sont atteints de maladies infectieuses
- I8 d'affections respiratoires
- I3 d'affections cardio-vasculaires
- I4 d'affections digestives ou hépatiques
- I7 enfin sont porteurs de diagnosticsvariés.

Tentons à présent de comparer notre échantillon avec la population de l'Hôtel-Dieu en I954-55 (schémas I8 et I9).

Comme à l'Hôpital de la Charité I20 ans auparavant, c'est encore la pathologie infectieuse qui vient en tête suivie de même par les affections respiratoires, puis cardio-vasculaires et digestives. On ne peut toutefois établir de comparaison entre les différents pourcentages à cause de la plus grande variété de diagnostics qui apparaît clairement sur le schéma et modifie les pourcentages en conséquence.

Mais il convient aussi de souligner les différences profondes qui existent au sein d'un même secteur de morbidité. C'est ainsi que notre échantillon de maladies cardio-vasculaires ne comporte pratiquement que des valvulites

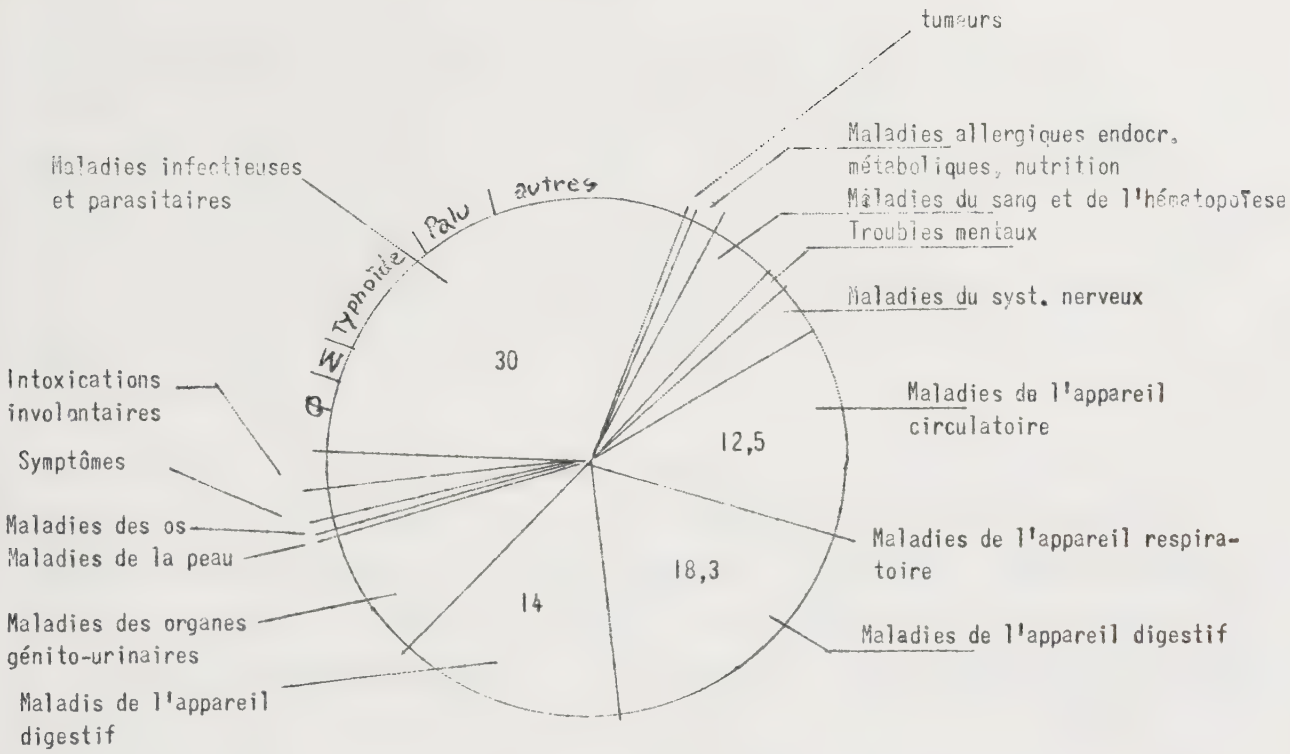


Schéma I8 : Eventail des 360 diagnostics portés selon la nomenclature internationale. Service BOUILLAUD, La Charité I836.

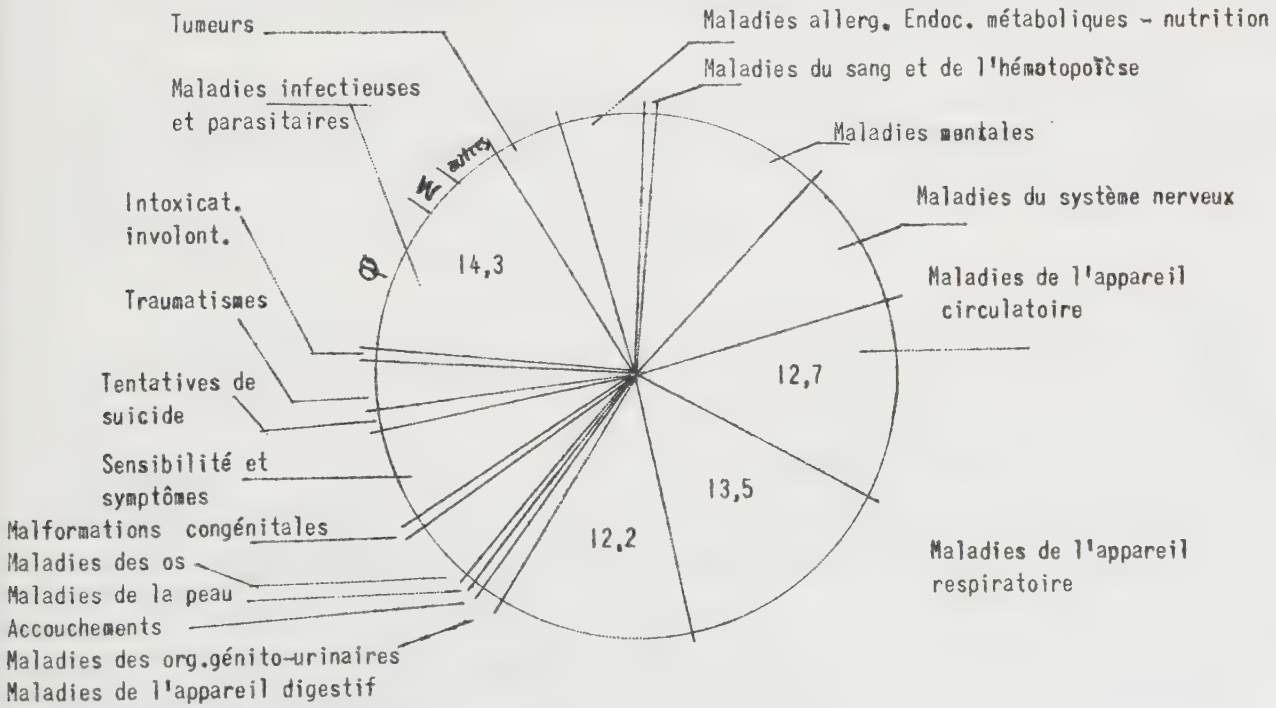


Schéma I9 : Eventail des diagnostics portés selon la nomenclature internationale. Hôtel Dieu I954-55.

rhumatismales et des insuffisances cardiaques, mais aucune observation de BOUILLAUD n'a pu nous faire suspecter le moindre infarctus ou le moindre angor. Dans l'échantillon de l'Hôtel-Dieu la pathologie cardio-vasculaire par artério-sclérose tient au contraire la place que l'on sait puisqu'à elle seule elle occupe près de II °/₀ de l'ensemble des diagnostics portés. Pourtant les maladies de l'appareil circulatoire intéressent le même secteur de morbidité au XIXe et au XXe, du moins en ce qui concerne les deux échantillons dont nous disposons.

D'autre part, il devient parfois illusoire de comparer entre eux deux diagnostics identiques. Tel est par exemple le cas de la tuberculose.A considérer les secteurs occupés par la maladie en I836 et en I954, il semblerait que la tuberculose gagne du terrain de nos jours. En fait, le paradoxe n'est qu'apparent puisque le dépistage radiologique permet actuellement de porter le diagnostic à un stade qu'il était impossible d'évaluer au XIXe siècle. Inversement, les grands phtisiques que nous trouvons chez BOUILLAUD ne sont aujourd'hui qu'une exception qu'on ne devrait même plus rencontrer.

En pratique donc, il ne s'agit plus de la même maladie. Cette remarque nous semble valable également pour d'autres maladies infectieuses.

Au total , en I836, la pathologie infectieuse intéresse le tiers des hospitalisés ; elle constitue de par sa gravité l'essentiel de la pathologie ; de nos jours le fait qu'elle demeure en tête de la morbidité hospitalière ne lui confère pas une importance comparable.

En définitive, la plus grande variété de diagnostic à notre époque apparaissant déjà sur les éventails de morbidité constitués d'après la nomenclature internationale, se retrouve au sein de secteurs de morbidité à première vue identiques ou analogues. Par ailleurs, certains secteurs de la pathologie, inexistants à l'époque , occupent aujourd'hui une place importante ; c'est le cas par exemple de l'hématologie, de la neurologie et de la psychiatrie.

Enfin à I30 ans d'intervalle il est évident que l'aspect général de la pathologie a changé. Par rapport à notre époque la majorité des malades

hospitalisés en I836 était constituée d'Aigues (tableaux 25 et 26). En raison des limites extrêmes de la thérapeutique (BOUILLAUD somme toute saignait tous ses malades !) les "chroniques" pouvaient le plus souvent être soignés à domicile et ceux d'entre eux que nous trouvons dans la clientèle de BOUILLAUD n'y figurent qu'à l'occasion d'une complication ou d'une reprise évolutive de leur affection posant en définitive un problème diagnostic.

	1	2	3	4
Maladies infectieuses et parasitaires	74	I09	24	30
Tuberculose (1)	I4	I7	4,5	4,7
Syphilis	I	8	0,3	2,2
Autres maladies infectieuses ou infections	59	84	I9	23
Typhoïde	26	27	8,4	7,5
Erysipèle	3	6	1	I,3
Rougeole	1	2		
Variole	5	6	I,6	I,6
Scarlatine	1	1		
Paludisme	I6	20	5,2	5,5
Gonococcie	I	7	0,3	I,8
Septicémie	1	1		
Parasito diverse	0	4		
Péritonite, pelvi-péritonite	1	2		
Infections ORL	4	9	I,3	2,5
Infections aiguës respiratoires	49	60	I6,4	I6,7
Pneumopathies aiguës	2I	26	6,8	7,2
Pleurésies	I7	20	5,5	5,5
Bronchites	8	II	2,6	3
Pleuro-péricardites	3	3		
Infections digestives	22	23	7	6,5
Infections génito-urinaires	5	8	I,6	2,3
Total	I50	200	49	55,5
Total pour l'ensemble de l'enquête	306	360	I00	I00

Tableau 25 : Classification des diagnostics constituant l'essentiel de la pathologie aiguë. Hôpital de La Charité - I836- Service BOUILLAUD

(1) Il est impossible au XIXe siècle de ne pas considérer la tuberculose comme une maladie infectieuse aiguë.

Colonne 1 ; nombre de malades portant chaque diagnostic isolément
Colonne 2 : nombre de fois où chaque diagnostic a été porté
Colonne 3 : pourcentage de malades présentant la maladie isolément
Colonne 4 : Pourcentage de la totalité des diagnostics.

	1	2	4	4
Infections non tuberculeuses	255	527	II,5	I6,5
Grippes et viroses pulmonaires	32	69	I,4	2,I
Autres infections pulmonaires	56	II8	2,5	3,7
Infections O.R.L.	56	75	2,5	2,3
Infections digestives	4I	66	I,8	2
Infections génito-urinaires	I5	45	0,7	I,4
Autres infections locales	42	I29	I,9	4
Infections générales	I3	25	0,6	0,8
Tentatives de suicide	26	42	I,2	I,3
Intoxications et agressions involontaires	11	22	0,5	0,7
Traumatologie	26	69	I,2	2,I
Total	3I8	660	I4,4	30,6
Total pour l'ensemble de l'enquête	I390	3I97	I00 (1)	I00(2)

Tableau 26 : Classification étiologique des diagnostics constituant l'essentiel de la pathologie aiguë. Hôtel-Dieu, I954-55

Colonne 1 : Nombre de malades portant chaque diagnostic isolément

Colonne 2 : Nombre de fois où chaque diagnostic a été porté.

Colonne 3 : Pourcentage de malades présentant la maladie isolément

Colonne 4 : Pourcentage de la totalité des diagnostics.

d - Etude de la mortalité hospitalière

En I954-55 la mortalité hospitalière atteignait à l'Hôtel-Dieu 9,1 °/₀ des malades si l'on excepte les malades morts à l'arrivée. D'avril à novembre I836, soit pour les deux tiers de l'année, la mortalité pour le seul service BOUILLAUD atteignait I0,7 °/₀ des malades. Par ailleurs, "l'étude sur les hôpitaux" d'Armand HUSSON signale que de I830 à I839 la mortalité générale dans les hôpitaux de Paris est de I0,I0.

La répartition des décès selon l'âge et le sexe nous montre (schéma 20 et tableaux 27 et 28) :

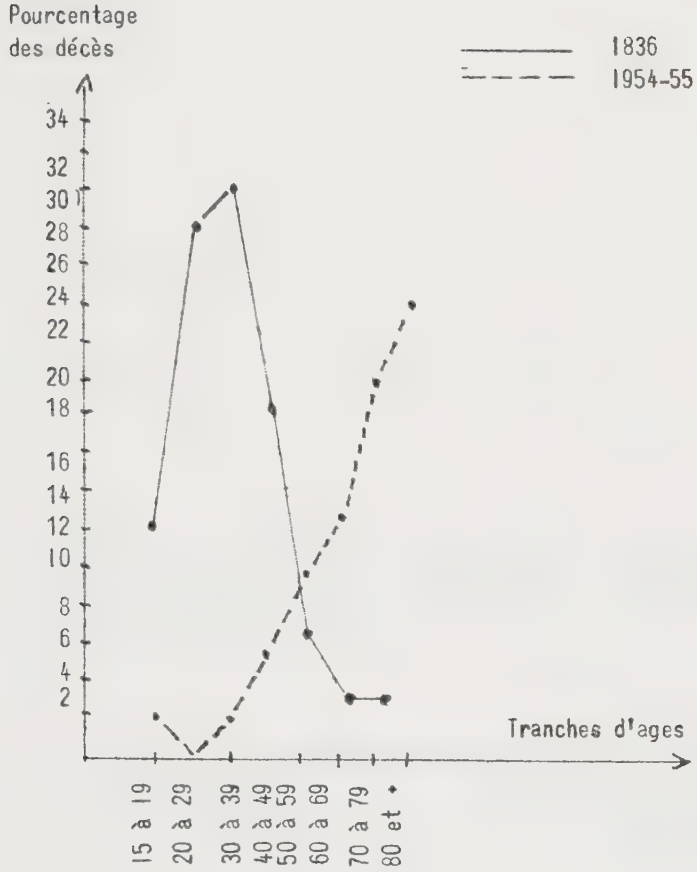


Schéma 20 : Répartition des décès du service BOUILLAUD (La Charité I836) pour I00 malades de chaque tranche d'âge

Même répartition pour les décès de l'Hôtel-Dieu en I954-55 (courbe en pointillés).

Ages	Hommes		Femmes		Total	°/₀ de la population hospital.	°/₀ des décès
	nombre	°/₀	nombre	°/₀			
de I5 à I9	4	I,8	0		4	I,3	I2
de 20 à 29	8	3,6	1	I,I5	9	3	27
de 30 à 39	9	4	1	1,15	I0	3,2	30
de 40 à 49	4	I,8	2	2,4	6	2	I8
de 50 à 59	1	0,4	1	I,I5	2	0,6	6
de 60 à 69	0	0	I	I,I5	1	0,3	3
de 70 à 79	1	0,4	0		1	0,3	3
Total	27	I2	6	7	33	I0,7	I00

Tableau 27 : Répartition des décès du Service BOUILLAUD à l'Hôpital de la Charité à Paris en I836, par âge et par sexe. Pourcentage dans chaque tranche d'âge. Pourcentage dans la population hospitalière.

	La Charité I836			Hôtel-Dieu I954-55		
	décès	malades	°/₀	Décès	Malades	°/₀
Hommes	27	22I	I2	99	I262	7,8
Femmes	6	85	7	I0I	932	I0,7
TOTAL	33	306	I0,7	200	2I94	9,1

Tableau 28 : Pourcentages de mortalité hospitalière par sexe Bouillaud - La Charité I836, Hôtel-Dieu I954-55.

La courbe de mortalité ne croit pas avec l'âge. En réalité ce graphique reflète l'absence de malades âgés de notre échantillon. Il ne pourrait refléter la mortalité hospitalière de l'époque que dans la mesure où l'on pourrait vérifier ce même faible taux de vieillards dans d'autres services hospitaliers parisiens. Dans l'état actuel de notre étude, la mortalité suit sensiblement les mêmes variations que la morbidité. La première partie ascendante de la courbe qui est sans doute plus valable vaut peut-être d'être comparée avec la courbe de mortalité de l'Hôtel-Dieu. Elle montre l'importance des décès chez les adultes jeunes, importance qui toutes proportions gardées, bien entendu n'en parait pas moins supérieure à celle que l'on peut observer de nos jours.

D'autre part, compte tenu du fait que les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes dans le service de BOUILLAUD, la mortalité, à l'inverse de ce que l'on a pu observer à l'hôtel-dieu en 1954-55 est plus importante chez les hommes que chez les femmes puisque nous trouvons 12 décès pour 100 hommes contre 7 pour 100 femmes.

La durée de séjour des malades décédés est assez superposable à la moyenne des durées de séjour des hospitalisés puisque 24 °/₀ des décès sont restés moins d'une semaine et 45 °/₀ moins d'un mois. A l'Hôtel-Dieu, le rapport de proportionnalité est sensiblement le même avec 40 et 70 °/₀.

Tous les malades décédés ont fait l'objet d'une vérification anatomique dont BOUILLAUD fournit le compte rendu. Malheureusement les autopsies n'ont été pratiquées que pour vérifier les données de la clinique sans contrôler systématiquement tous les appareils. Elles décrivent parfaitement la pathologie rencontrée mais dece fait, n'aboutissent pas à la découverte de lésions méconnues, à une ou deux exceptions près.

Les malades décédés sont presque tous porteurs d'un seul diagnostic : 4 poly-diagnostics pour 33 décès. Ce que nous venons de dire des autopsies rend en partie compte de cette faible proportion de poly-diagnostics. Ceux-ci sont plus fréquents chez les malades décédés à l'Hôtel-Dieu où l'on retrouve 156 poly-diagnostics pour 100 malades décédés contre 132 pour 100 malades guéris ou stabilisés.

De même à l'Hôtel-Dieu, la pathologie présentée par les décèdés différait sensiblement de celle que présentait la totalité des malades hospitalisés (tableau 29). Nous relevons en effet dans l'étude du Docteur MAGDELAINE que "sont moins fréquemment posés chez les décédés les diagnostics :

Causes des décès	Nombre		°/₀ des décès	
Maladies infectieuses		I8		54
Tuberculose	I2		36	
Typhoïde	4		I8	
Erysipèle	I			
Septicémie	I			
Insuffisance cardiaque (valvulites)		6		I8
Affections pleuro-pulmonaires aiguës		5		I5
Autres maladies :				
Cancers		1		I2
Hémiplégie		1		
Péritonite		1		
Cirrhose		1		
Total	33			I00

Tableau 29 : Pathologie présentée par les décédés.

- de maladies infectieuses (sauf la tuberculose)
- de maladies psychiatriques (sauf les suicides qui réussissent et qui ont été rangés sous cette rubrique)
- de symptômes subjectifs.

Plus fréquents semblent être :

- les affections vasculaires et séniles
- les cancers, les cirrhoses

et à un degrés moindre, les diagnostics de tuberculose, de symptômes objectifs

(O.A.P. défaillance cardiaque d'origine inconnue, hématémèses, etc...) suicides.

Dans le cas de la clientèle du service BOUILLAUD, il en va tout autrement et ici encore la pathologie rencontrée chez les décédés recouvre la pathologie généralement observée parmi l'ensemble des malades. On ne s'étonnera évidemment pas de constater que la pathologie infectieuse est la plus meurtrière, la tuberculose venant largement en tête.

oOo

C O N C L U S I O N S

Nous avons comparé la population hospitalière du service BOUILLAUD à l'hôpital de La Charité en 1836 avec la population des services du Professeur Henri BENARD à l'Hôtel-Dieu d'après l'étude qui en fut faite en 1954-55 par le docteur Michel MAGDELAINE.

1 - Dans l'ensemble ces deux populations ne se ressemblent guère. Les malades de BOUILLAUD en effet sont constitués essentiellement d'adolescents et d'adultes jeunes à majorité masculine et ne comptent pour ainsi pas de vieillards. Tous ces malades enfin sont des travailleurs. En cela la clientèle de l'Hôtel-Dieu s'oppose à peu près point par point à celle de la Charité.

2 - Ailleurs des chiffres en apparence identiques recouvrent des réalités différentes.
Nous avons vu que le service du Professeur BENARD comptait 5,7 °/₀ d'étrangers et celui da BOUILLAUD 6 °/₀ mais qu'ici le tiers de ces étrangers est constitué de savoyards.

Certains secteurs de morbidité représentés en proportion égale d'un groupe à l'autre intéressent en fait des diagnostics différents ; d'autre part des diagnostics identiques deviennent eux-mêmes différents de par le niveau d'évolution de la maladie auquel ils sont posés : c'est le cas par exemple de la tuberculose pulmonaire. Au reste, la pathologie hospitalière en 1836 était principalement une pathologie aiguë.

Enfin si les taux de mortalité sont analogues dans les deux populations, les causes de décès qui suivaient en I836 la morbidité hospitalière s'en écartent aujourd'hui où l'on meurt semble-t-il moins à l'hôpital de maladies infectieuses (tuberculose exceptée) que de cancer, de cirrhose, d'affection vasculaire ou sénile.

3 - C'est au niveau des durées de séjour que les deux populations présentent des ressemblances, en particulier quant à la durée moyenne d'hospitalisation. Celle-ci semble d'ailleurs avoir peu changé entre I836 et I954 oscillant entre 3 semaines et 1 mois.
Une semblable analogie se retrouve dans les durées de séjour des malades décédés.

4 - Outre ces différences et ces analogies, nous avons pu vérifier l'incidence des réhospitalisations successives en cours d'enquête sur la notion de consommation hospitalière, et souligner l'importance des réhospitalisations dans d'autres services en cours d'enquête ou antérieurement à elle pour juger de la consommation hospitalière des malades.

5 - Enfin nous avons pu préciser la province d'origine des malades et leur durée d'installation à Paris au jour de leur hospitalisation. Ces deux éléments d'information nous ont paru pouvoir contribuer à la connaissance des rapports entre la population hospitalière et la population de base.

oOo

Vu, le Président de Thèse

M. H. PEQUIGNOT

Vu, le Doyen de la Faculté

M. G. CORDIER

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

M. J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1 - Arrêts du Conseil Général des Hospices - Année I836 -

Archives de l'Assistance Publique - Paris.

2 - J. BOUILLAUD -

Clinique Médicale de l'Hôpital de la Charité.
Paris J.B. Baillière - I837.

3 - A. HUSSON -

Etude sur les Hôpitaux -
Paris I862 - Archives de l'Assistance Publique - Paris.

4 - M.P. JOURDAN -

Notice sur l'Hôpital de la Charité - I837 -
Archives de l'Assistance Publique - Paris -

5 - L. LOUBRIER -

L'hospitalisation de la population de la Seine dans les Hôpitaux de l'Assistance Publique depuis I9I0 -
Thèse Paris I956 -

6 - C. MAGDELAINE -

Enquête longitudinale sur le devenir des malades hospitalisés dans un service parisien de Médecine Générale -
Thèse Paris 1961 -

7 - M. MAGDELAINE -

Techniques d'étude de la fonction hospitalière -
Thèse , Paris - Masson ed. I959.

8 - H. PEQUIGNOT -

Quelques recherches effectuées dans les hôpitaux de Paris - in Het Zickenhuiswezen - Amsterdam - I959 - 32, 375.

9 - H. PEQUIGNOT , M. MAGDELAINE, J. ESTEVE -

Une enquête hospitalière, Semaine Médicale.

IO - H. PEQUIGNOT,J.P. ETIENNE , C. ROY-

Fréquence et mortalité des maladies infectieuses hospitalisées à Paris de I9II à I956 -
Semaine médicale I962 - 38 - 355.

11 - Ch. POUTHAS -

La population française pendant la première moitié du XIXe siècle - Paris P.U.F. Cahier 25, INED, I956.

I2 - Projet de règlement pour le service de Santé - I8I6
Archives de l'Assistance Publique - Paris.

I3 - G. ROSCH -

Les Africains du Nord dans la Seine.
Thèse Paris I957.

oOo

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90